

Travail du Service du Docteur Grivot

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

No 623

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jacques-W. ILLAIRE

Né à Florac (Lozère), le 1^{er} novembre 1902
Interne des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

CANCER DE L'ŒSOPHAGE

Président : M. BEZANÇON, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1932

Travail du Service du Docteur Grivot

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jacques-W. ILLAIRE

Né à Florac (Lozère), le 1^{er} novembre 1902

Interne des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

CANCER DE L'ŒSOPHAGE

Président : M. BEZANÇON, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1932

DOYEN.. M. BALTHAZARD

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	LENORMANT.
Anatomie pathologique.....	ROÜSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée.....	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET.
	CARNOT.
Clinique médicale.....	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale...	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	N...
	N...
Clinique chirurgicale.....	CUNÉO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique.....	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.....	Léon BERNARD.
Professeurs sans chaire.....	MAUCLAIRE.
	MULON.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE.. Neurologie et Psychiatrie.
 N. Physiologie.
 AUBERTIN Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.)... Pathologie médicale.
 BROCCQ Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ Pathologie médicale.
 CADENAT Pathologie chirurgicale.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHABROL Pathologie médicale.
 CHEVALLIER.. Pathologie médicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 DOGNON Physique.
 DONZELOT Pathologie médicale.
 ÉCALLE Obstétrique.
 FEY Urologie.
 GARNIER Pathologie expérimentale.
 GASTINEL Bactériologie.
 GATELLIER ... Pathologie chirurgicale.
 GIROUD Histologie.
 HARVIER Pathologie médicale.
 HAZARD Pharmacologie.
 HOVELACQUE . Anatomie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 HUTINEL Pathologie médicale.
 JOANNON Hygiène.
 HALPHEN..... Oto-rhino-laryngologie.

MM.

LABBÉ (Henri) . Chimie biologique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LEMAITRE Oto-rhino-laryngologie.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LÉVY-VALENSI. Neuro-psychiatrie.
 LIAN Pathologie médicale.
 N..... Histologie.
 MONDOR Pathologie chirurgicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
 MOURE Pathologie chirurgicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 OLIVIER Anatomie.
 PIÉDELIEVRE . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUÉNU Pathologie chirurgicale.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÉZARY Dermatologie et Syphili-
 graphie.
 VALLERY-RADOT (Pasteur). Pathologie
 médicale.
 VAUDESCAL .. Obstétrique.
 VELTER Ophtalmologie.
 VERNE Histologie.
 VIGNES Obstétrique.
 TROISIER. Pathologie expérimentale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

BUSQUET Pharmacologie.
 GUÉNIOT Obstétrique.
 LEQUEUX Obstétrique.
 LEROUX Anatomie pathologique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 RETTERER Histologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ABRAMI Clinique médicale.
 CHIRAY Clinique médicale.
 DEBRÉ Clinique médicale.
 DUVOIR Clinique médicale.
 FIESSINGER .. Clinique médicale.
 LAIGNEL-LEVASTINE. Clinique médicale.
 BASSET Clinique chirurgicale.
 CHEVASSU Clinique chirurgicale.

MM.

HEITZ-BOYER Clinique chirurgicale.
 MATHIEU Clinique chirurgicale.
 MOCQUOT Clinique chirurgicale.
 PROUST Clinique chirurgicale.
 SCHWARTZ ... Clinique chirurgicale.
 LE LORIER Clinique obstétricale.
 LÉVY-SOLAL .. Clinique obstétricale.
 METZGER Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les muti- lés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	
CHAILLEY-BERT	
LEDoux-LEBARD	
WEIL-HALLÉ.....	
	Stomatologie.
	Éducation physique.
	Radiologie clinique.
	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA SŒUR

A MES PARENTS

AUX MIENS

A MES AMIS

A M. LE PROFESSEUR BEZANÇON

*Qui m'a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse.*

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR GRIVOT

Laryngologiste de l'Hôpital Saint-Antoine

*En hommage de très respectueux
dévouement. Ma grande satisfac-
tion est d'avoir gagné sa confiance.*

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DELBET

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR BAUMGARTNER

Chirurgien de la Charité

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR ROUGET

Laryngologiste de l'Hôpital Trousseau

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE MONTPELLIER

Stage.

M. le Professeur TEDENAT

M. le Professeur VEDEL

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Stage.

M. le Docteur ENRIQUEZ

M. le Docteur LAUNAY

Externat.

M. le Professeur J.-L. FAURE

M. le Docteur HUDELO

M. le Docteur ENRIQUEZ

M. le Docteur MARION

Internat provisoire.

M. le Professeur DELBET

Internat

M. le Docteur BAUMGARTNER

M. le Docteur ROUGET

M. le Docteur GRIVOT

A M. le Docteur GOUVERNEUR

A MES AMIS

MARC BRETON et JEAN SCHMITT

AUX DOCTEURS

LEMARIEZ et LALLEMANT

A MES CONFÉRENCIERS

MM. les Docteurs MARC BRETON, ROBERT BROCA,
LOUIS RICHON, MARCHAL, médecin des hô-
pitaux, GUY SEILLÉ, AMELINE, chirurgien des
hôpitaux, MAURICE TAMBAREAU, PIERRE DELA-
FONTAINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU CANCER DE L'ŒSOPHAGE

INTRODUCTION

En deux ans, dans le service d'oto-rhino-laryngologie de l'hôpital Saint-Antoine, j'ai observé cliniquement et à l'œsophagoscope trente et un cas de cancer œsophagien.

J'apporte dans ce travail le résultat de mes observations et les quelques remarques qu'elles m'ont inspirées. Certaines de ces observations sont venues confirmer ou préciser sur quelques points les notions que j'avais acquises auparavant sur la foi des choses lues. Certaines, au contraire, m'ont paru devoir les infirmer sur quelques autres.

Quelques-unes tirent un intérêt certain d'une grande rareté.

Avant de commencer leur exposé, je tiens à remercier mon maître, M. le D^r Grivot qui, après m'avoir ouvert tout grand son service, m'a encouragé et conseillé avec une bienveillance cordiale et discrète dont je lui sais infiniment gré.

Je tiens aussi à remercier le D^r Lallemand, assistant du service, qui m'a donné d'utiles conseils, le

D^r Delarue, qui a examiné mes biopsies avec autant de compétence que de complaisance, et les médecins et internes de Saint-Antoine qui ont bien voulu m'adresser des malades.

PLAN

Je signalerai successivement ce qui dans mes observations a trait à :

L'étiologie.
L'anatomie.
La clinique.
Les examens spéciaux.
L'évolution.
Le diagnostic.
Le traitement.



ÉTIOLOGIE

La fréquence du cancer de l'œsophage me paraît grande. J'en ai observé personnellement 31 cas en moins de deux ans. Tous ou presque étaient des malades du recrutement de Saint-Antoine où fonctionnent d'autre part la réputée consultation de M. Bensaude et le centre radiumthérapique, du Service du D^r Lapointe, maintenant Brechot, dirigé par M. Gaget, qui en drainent un bon nombre.

L'on a fait des statistiques sur la fréquence relative du cancer de l'œsophage par rapport aux autres cancers. Cela me paraît sans intérêt pratique : je dois signaler, cependant, qu'il est et de loin le plus fréquent des cancers observés dans le Service D'O.-R.-L.

C'est évidemment l'affection la plus fréquente de l'œsophage. Mais sa prédominance numérique n'est toutefois pas aussi marquée qu'on l'admet d'une manière générale. Souvent j'ai redressé des erreurs de diagnostic. Presque toujours l'erreur était un diagnostic en faveur de néoplasme, alors qu'il s'agissait d'une autre cause de sténose.

La prédominance dans le sexe masculin confor-

mément aux données classiques m'est apparue immense :

30 cancers chez l'homme pour 1 chez la femme.

L'âge des malades atteints varie de 45 (obs. n° 24) à 77 ans (obs. n° 28).

3 avaient moins de 50 ans ; 1, 45 ans, et 2, 46 ans.

8 avaient de 50 à 60 ans.

14 avaient de 60 à 70 ans.

6 avaient de 70 à 77 ans.

CAUSES PRÉDISPOSANTES.

Parmi les causes prédisposantes, j'ai recherché : l'alcoolisme, le tabagisme, la thachyphagie, l'absence de dents depuis un âge relativement jeune. Aucun de ces facteurs ne s'est présenté avec un coefficient de fréquence suffisant pour fixer l'attention.

J'ai recherché avec soin la syphilis chez tous ces cancéreux. Je ne l'ai pas trouvée souvent par interrogatoire ou l'examen clinique. Mais dans quelques cas les constatations que j'ai faites me font lui donner une valeur toute particulière dans la genèse du cancer de l'œsophage.

Voici cinq observations :

1^o M. F..., (obs. n° 8) présentait trois localisations néoplasiques de l'œsophage, nettes à l'œsophagoscope. Je pratiquai une biopsie sur chaque. Pour les 2 supérieures à 27 et 30 cm. des arcades dentaires, l'examen histologique

répondit : épithélioma spinocellulaire (il s'agissait de formations pédiculées évoquant l'idée de tumeur bénigne), pour l'inférieure, à 37 cm. des arcades qui apparaissait comme un cancer infiltrant la réponse fut : *leucoplasie*.

2° M. J. J... (obs. n° 9) présentait une histoire clinique de néoplasme œsophagien. L'œsophagoscopie montra simplement à 38 cm. des arcades dentaires, une tache blanchâtre de leucoplasie absolument typique. La muqueuse sous-jacente paraissait légèrement infiltrée, l'on franchissait facilement cette plaque et l'on arrivait juste dans l'estomac sans constater autre chose. L'examen histologique de la biopsie pratiquée au niveau de cette lésion permit de saisir un cancer à son début.

« En un point effondrement de la couche des cellules « basales, prolifération malpighienne dans le chorion, atypies cellulaires, signes histologiques certains d'épithélioma à tendance spinocellulaire ».

3° M. P. H... (obs. n° 12) présentait à 37 cm. des arcades dentaires et sur le bord gauche de l'œsophage un épithélioma d'aspect typique. L'examen révéla qu'il s'agissait « d'un épithélioma cylindrique typique dont les formations « se voient sous une *leucoplasie* avec hyperacanthose et « hyperkératose considérables. L'origine de cet épithélioma se trouve sans doute dans les glandes du cardia ».

L'intérêt de ce cas me paraît considérable :

D'une part, l'on saisit là sur le fait la transformation d'une plaque de leucoplasie en cancer avec les aspects caractéristiques d'hyperacanthose et d'hy-

perkératose, témoins du passage du stade de cancer en puissance au stade de cancer réel.

D'autre part, il s'agit là d'un cancer développé aux dépens de formations gastriques : soit cancer propagé, soit plus vraisemblablement cancer développé aux dépens d'un îlot hétérotopique de cellules gastriques. Ce cas montre l'importance du rôle que peut jouer la syphilis dans le développement des néoplasmes gastriques.

4° M. L. A..., (obs. n° 22) âgé de 63 ans, a contracté la syphilis à l'âge de 14 ans, n'a jamais été traité correctement, souffre depuis 6 ans de troubles dysphagiques, paroxystiques haut situés. Le 20 juillet 1932, je constate l'existence d'un volumineux néoplasme de la portion supérieure de l'œsophage cervical : au-dessus, autour, au-dessous, la muqueuse est recouverte des plus belles plaques de leucoplasie que j'ai rencontrées. L'examen histologique ne montre rien de spécial. Mais il est logique de supposer, étant donné les antécédents et les lésions voisines, qu'il existait là une lésion de nature syphilitique qui a subi une transformation maligne.

5° M. L..., (obs. n° 30) est venu consulter pour dysphagie paroxystique avec dyspnée. A 29 cm. des arcades dentaires, je trouvai une masse bourgeonnante sur laquelle je pratiquai plusieurs biopsies : « sur l'un des fragments : formations « épithéliales malpighiennes, néoplasiques, malignes à type « spinocellulaire. Partout ailleurs épithélium leucoplasique « et sclérose intense du chorion ».

Là encore le cancer était venu se développer sur une région atteinte de leucoplasie.

Ces cinq cas me paraissent démonstratifs et me font accorder à la syphilis un rôle incontestablement très important dans l'étiologie du cancer de l'œsophage. C'est là une notion classique. Ces observations viennent la confirmer de manière évidente. Cinq cas sur 31 réalisent une proportion vraiment impressionnante.

L'on insiste sur le rôle prédisposant du *mégaoesophage* dans l'étiologie du cancer. Les aliments fermentant dans l'œsophage dilaté et sténosé causeraient une irritation chronique des parois œsophagiennes et entraîneraient assez souvent une transformation néoplasique.

Je n'ai jamais eu l'occasion de faire une constatation qui confirme nettement cette hypothèse. J'ai observé quelques mégaoesophages : aucun d'eux ne présentait de lésions qui pussent faire penser à un cancer. D'autre part, au cours de mes œsophagoscopies pour cancer, je n'ai constaté que deux fois une augmentation nette et qui m'a paru anormale des dimensions de l'œsophage. Dans ces deux cas, le cancer n'était pas très sténosant (obs. n^{os} 9 et 12). Il y avait une atonie anormale des parois œsophagiennes constituant peut-être un état de moindre résistance, mais dans aucun des deux cas il n'y avait de stase. Le rôle irritant des aliments restant longtemps au contact des parois ne pouvait donc être incriminé.

En somme, au point de vue étiologique je ne puis retenir de ces observations qu'une seule cause prédisposante incontestable : la syphilis, sous sa forme de leucoplasie.

Quant à la cause ou aux causes efficientes du cancer, à aucun moment rien ne m'a permis d'entrevoir même la possibilité d'esquisser une hypothèse à ce sujet.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

SIÈGE

La plupart des travaux sur le cancer de l'œsophage contiennent des statistiques sur la fréquence des cancers selon leur siège. Il est classique de dire que les cancers sont plus fréquents aux points rétrécis de l'œsophage : bouche œsophagienne, rétrécissement broncho-aortique, traversée diaphragmatique. L'on accuse en général une prédominance pour le tiers inférieur. J'ai observé des cancers sur toute la hauteur de l'œsophage : depuis la bouche œsophagienne jusqu'au cardia. Il y avait une prédominance très légère pour le tiers moyen, soit entre 25 et 30 cm. des arcades dentaires. Les cancers de l'œsophage cervical, de 15 à 25 cm. étaient les moins fréquents.

J'ai trouvé :

14 cas de cancers du tiers moyen.

6 du tiers supérieur.

10 du tiers inférieur.

Cette constatation dans l'état actuel de la thérapeutique est sans intérêt. Elle fait seulement ressortir

tir la rareté relative des cas de cancers haut situés et cela est fort regrettable car ce sont là les seuls sur lesquels on peut espérer pouvoir intervenir chirurgicalement.

J'ai noté également le siège des néoplasmes par rapport à la circonférence de l'œsophage. Les cancers les plus fréquents sont ceux de la face antérieure et du bord gauche ; puis viennent ceux de la face postérieure et enfin ceux du bord droit. J'ai trouvé 11 cas de la face antérieure.

10 du bord gauche.

7 de la face postérieure.

2 du bord droit.

Une fois le cancer m'est apparu à peu près circulaire : il était impossible de dire où était son point de départ. Il s'agissait d'un cancer très avancé, gastrostomisé depuis longtemps dans un autre hôpital et que l'on m'avait demandé de vérifier (obs. n° 16).

Le petit nombre des cancers du bord droit que j'ai constaté me paraît trop petit pour être le fait d'un hasard. Peut-être faut-il l'attribuer au fait que le bord droit de l'œsophage est le segment de la périphérie de cet organe qui offre le moins de rapport intime avec les organes voisins. Cela n'offre d'ailleurs pour le moment aucun intérêt pratique.

DIMENSIONS.

Il en serait tout autrement des dimensions du cancer selon certains auteurs qui pensaient proportionner la dose de radium appliquée au volume de la tumeur. Les calculs qu'il faudrait effectuer pour calculer ce volume m'ont paru entachés à leur base même de tant de causes d'erreurs que je ne m'y suis jamais livré.

Il est aisé d'apprécier la largeur d'une tumeur et même son épaisseur par la vue que l'on a à l'œsophagoscope. Il est par contre beaucoup plus difficile de mesurer sa hauteur car à part quelques cas spéciaux on ne tente pas de pousser le tube en aval du cancer. Les mensurations par radioscopie sont très sujettes à erreur.

Seules sont précises les constatations nécropsiques.

J'ai, parmi les cas que j'ai vus, trouvé toutes les dimensions, depuis la simple plaque de leucoplasie en voie de dégénérescence qui n'a pour ainsi dire aucune épaisseur (obs. n° 9) ou le petit cancer pédiculé gros comme un pois que l'on prendrait aisément pour un petit polype (obs. n° 8) jusqu'au cancer étendu à toute la circonférence (obs. n° 5 et 16), supprimant toute la lumière (obs. n° 20, 18 et 11) et s'étendant en hauteur sur 8, 10 et même 15 cm. (obs. n° 22, 29 et 17).

Le volume des cancers de l'œsophage est avant

tout en rapport avec leur âge mais leur rapidité d'évolution est très variable selon les cas.

ASPECT.

Guisez et Sencert ont divisé les tumeurs néoplasiques œsophagiennes en bourgeonnantes, ulcéreuses et infiltrées.

Parmi les cancers que j'ai observés à l'œsophagoscope, la forme qui m'est apparue la plus fréquente, 17 sur 31, est une forme mixte ulcéro-végétante à base infiltrée.

Sur une paroi œsophagienne, débordant souvent sur un bord ou même sur les deux, le cancer apparaît comme une masse dure faisant saillie dans la lumière œsophagienne, qu'elle diminue plus ou moins. Sa surface est irrégulière, ulcérée, bourgeonnante par places, surtout sur les bords. Au premier coup d'œil cette tumeur ulcéro-végétante est parfois sphacélique. Un enduit grisâtre la recouvre, que l'on enlève aisément au porte-coton. Cette pellicule enlevée, elle apparaît rouge vif, saignant, parfois très abondamment. Des attouchements à la cocaïne au dixième adrénalinée sont nécessaires pour pouvoir poursuivre l'œsophagoscopie et pratiquer une biopie. Les cancers de ce type que j'ai observés occupaient du dixième à la totalité dans un cas de la circonférence œsophagienne.

Je n'ai jamais vu un cancer purement ulcéreux : j'entends par là une ulcération qui ne fût qu'une

ulcération, qui put faire hésiter pour le diagnostic comme le fait par exemple le cancer du col utérin au début dans sa forme ulcéreuse avec une ulcération métritique. J'ai toujours vu les ulcérations cancéreuses reposer une base non seulement indurée mais encore nettement surélevée et de surface toujours bourgeonnante.

J'ai par contre rencontré plusieurs cas de forme bourgeonnante.

Deux fois seulement et sur le même sujet (obs. n° 8) il s'agissait de bourgeons lisses, régulièrement arrondis, assez finement pédiculés qui évoquaient absolument l'idée de tumeur polypeuse bénigne.

Toutes les autres fois il s'agissait de tumeur bourgeonnante à implantation large (un sixième environ de la circonférence œsophagienne), à surface mamelonnée, rappelant l'aspect d'une mûre. Les bourgeons secondaires étaient d'ailleurs de finesse différente : pour une tumeur occupant le tiers de la lumière, j'en ai compté de 6 à plus de 40 selon les cas.

La coloration de ces tumeurs muriformes varie du rouge intense, congestif, presque violet au rose pâle. Dans un cas (obs. n° 27), le seul que j'ai observé chez la femme la tumeur était presque décolorée : semblable à une mûre blanche.

Je n'ai pas trouvé de parallélisme entre l'aspect macroscopique et la formule histologique du cancer. Pour un aspect identique à l'œil j'ai eu des épithéliomas malpighiens et cylindriques.

Quant à la forme infiltrée, elle m'apparaît rare. Plusieurs fois j'ai porté le diagnostic de cancer infiltré ; quelques instants plus tard, après cocaïnisation de la muqueuse, après quelques manœuvres toujours prudentes, je poussais le tube de l'œsophagoscope et arrivais sur l'ulcération habituelle. Je crois que les cas où l'on dit cancer infiltré, alors que l'on apercevait seulement le bord supérieur d'une forme ulcéro-végétante ne sont pas rares.

A l'autopsie jé n'ai rencontré que des formes mixtes, il s'agissait toujours de cancers intéressant plusieurs centimètres (jusqu'à 15) de la paroi œsophagienne qui était largement infiltrée et cartonnée, toujours ce cancer était ulcéré du côté de la lumière avec à la surface de l'ulcération des bourgeons friables parfois exubérants.

NOMBRE.

Dans 29 cas sur 31 il s'agissait de cancer unique. Dans deux cas il s'agissait de cancers multiples. Le premier est celui relaté dans l'observation n° 8. Il s'agit de M. F. C... A l'œsophagoscope j'ai vu :

1° A 27 cm. des arcades dentaires, implantée sur la face antérieure de l'œsophage une masse de la grosseur d'un gros pois : arrondie, lisse, de coloration rouge, un peu plus foncée que la muqueuse œsophagienne, reliée à l'œsophage par un pédicule équivalent au tiers environ de son diamètre, mobile,

au contact du porte-coton, ne saignant pas au cours de ces manœuvres, dure. La muqueuse au niveau de son implantation était de coloration normale et ne paraissait pas indurée. Cette masse donnait absolument l'impression d'un polype fibreux.

2° A 30 cm. des arcades dentaires, une deuxième tumeur implantée sur la paroi antéro-latérale droite de l'œsophage (2 heures) absolument comparable à la première ; seulement un peu plus allongée et moins finement pédiculée. Son implantation œsophagienne ne paraissait pas infiltrée.

3° A 37 cm. une masse implantée largement sur toute la moitié gauche de l'œsophage occupait les deux tiers de la lumière : remarquablement dure. La muqueuse qui la recouvrait était rougeâtre et paraissait faire corps avec elle comme si on l'avait écrasée. L'aspect de l'ensemble fait penser à un cancer infiltré.

L'examen microscopique montra que les deux premières tumeurs étaient des épithéliomas spino-cellulaires. Pour la troisième tumeur la réponse fut : leucoplasie. Les biopsies furent pratiquées une deuxième fois et donnèrent le même résultat. J'ai pensé que la troisième tumeur était également un cancer et que mes prises furent trop superficielles.

Il s'agirait donc d'un cas de cancer triple.

Le deuxième cas est celui de M. L. C. (obs. n° 14) observé du 5 décembre 1931 à ce jour.

Chez lui j'ai trouvé :

1^o A 27 cm. des arcades une masse occupant la moitié de la lumière œsophagienne implantée sur le bord gauche et sur la portion voisine de la face postérieure (en tout 1/6 environ du pourtour œsophagien). Le pédicule paraissait égal à la moitié du diamètre de la tumeur. Le cancer avait un aspect mamelonné à gros bourgeons (une quinzaine environ), était recouvert d'une muqueuse rouge vif d'aspect lisse vernissé, saignant abondamment au contact du porte-coton. La muqueuse œsophagienne sur tout le pourtour de la base de la tumeur paraissait infiltrée. Cette masse était friable : la prise pour biopsie ramena un très gros fragment avec hémorragie abondante.

L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un épithélioma cylindrique à type gastrique.

2^o A 39 cm. une deuxième tumeur constatée trois mois plus tard après application de radium qui firent disparaître la première.

Elle se présentait comme une masse bourgeonnante occupant la face antérieure et les bords de l'œsophage, réduisant au dixième environ la lumière qui était refoulée en arrière. Cette masse était rouge vif, plus vif que la muqueuse environnante, saignant très facilement, friable.

La biopsie donna le même résultat.

3^o Six mois après ce dernier examen, j'ai trouvé à 37 cm. des arcades dentaires et sur le bord gauche une tumeur bourgeonnante occupant le tiers envi-

ron de la lumière, elle était mamelonnée et rappelait absolument l'aspect du cancer observé 12 cm. plus haut, neuf mois auparavant.

Il s'agissait aussi d'épithélioma cylindrique à type gastrique.

Cette dernière tumeur était trop voisine de celle observée en deuxième lieu pour ne pas lui être assimilée. Elle avait cependant un aspect totalement différent.

Il s'agit là donc d'un cas de cancer sûrement double peut être triple.

Ces deux observations sont d'ailleurs intéressantes à plus d'un point de vue et j'en reparlerai plus loin.

Il est classique d'expliquer ces cancers multiples par des greffes de particules cancéreuses détachées d'un cancer primitif. Mes deux observations ne paraissent pas confirmer cette opinion :

Dans le premier cas, il s'agissait pour les deux cancers haut situés de deux tumeurs dures, non saignantes, non friables, caractérisées histologiquement par une stroma-réaction intense à tendance fibreuse nette, peu propre par conséquent à se fragmenter et à essaimer.

Dans le deuxième cas, la tumeur inférieure apparaissait plus évoluée que la supérieure et d'autre part, en raison de son aspect microscopique était « plus à sa place ». Une greffe dans ce cas aurait dû se faire de bas en haut, ce qui paraît peu vraisemblable.

ANATOMIE MICROSCOPIQUE.

Toutes les tumeurs œsophagiennes que j'ai vues étaient des épithéliomas : presque toutes ont été examinées histologiquement par M. Delarue, dans le Laboratoire d'Anatomie Pathologique du Professeur Bezançon.

Dans l'immense majorité des cas, il s'agissait d'épithéliomas spinocellulaires ou à tendance spinocellulaire.

Dans trois cas (obs. n^{os} 14, 12 et 24) il s'agissait d'épithéliomas cylindriques. Voici les comptes rendus que le D^r Delarue me fit tenir à leur sujet :

1^o (Obs. n^o 14). Il s'agit du malade dont je viens de parler à l'instant.

a) 11 janvier 1932, épithélioma cylindrique) ; petites cavités glanduliformes du type gastrique, forme très rare, développée sur un ilot hétérotypique de muqueuse à type gastrique dans l'œsophage.

b) Mars 1932, épithélioma cylindrique à petites cavités, constituant la même image que sur la coupe déjà examinée ; chorion en réaction inflammatoire subaiguë, à prédominance plasmocytaire avec prolifération fibreuse.

c) 21 septembre 1932, (après irradiation) épithélioma du même type que le précédent mais tendant à prendre une morphologie beaucoup plus atypique. Stroma nécrotique œdémateux, infiltré de polynucléaires défavorable.

2° (Obs. n° 24) 16 juillet 1932. Epithélioma situé à 35 centimètres des arcades dentaires. Epithélioma cylindrique végétant et nécrotique évoluant dans la profondeur avec structure atypique. L'origine de cet épithélioma se trouve sans nul doute dans les éléments glandulaires du cardia.

J'ai appris à tenir grand compte de la stroma-réaction. Celle-ci est tantôt intense, aiguë, avec œdème et polynucléaires ; tantôt inflammatoire, subaiguë ; tantôt fibreuse, tantôt nécrotique. L'étude de cette stroma-réaction est importante avant toute thérapeutique par les agents physiques et en particulier le radium.

J'attache une grande importance à l'état de la couche musculaire. Parfois le cancer microscopiquement a dépassé la muqueuse. J'en ai observé deux cas dont voici les comptes rendus d'examen de biopsie :

1° (Obs. n° 17), épithélioma spinocellulaire à globes épidermiques, cornées d'ailleurs atypiques du type muqueux. Les éléments épithéliomateux apparaissent sur un fragment biopsié, développés en plein tissu musculaire et entraînant la dégénérescence des fibres musculaires. Stroma en réaction fibreuse par place ; œdème et réaction inflammatoires du type aigu du chorion à distance de la tumeur.

2° (Obs n° 28), épithélioma malpighien ulcéré à cellules polyédriques très atypiques avec kératinisation par places. Nombreuses mitoses et mons-

truosités. Stroma à peu près nul représenté par des fibres musculaires de la musculature envahie et effondrée. Réaction inflammatoire, exsudative, discrète.

D'autres fois cette musculature est simplement dissociée par l'œdème de la stroma-réaction.

J'en ai observé un cas.

(Obs. n° 8), stroma-réaction du type inflammatoire exsudatif avec œdème dissociant les éléments musculaires et infiltration leucocytaire dans laquelle prédominent les leucocytes polynucléaires.

L'expérience m'a montré que ces cas ne doivent pas être traités par le radium, sous peine de catastrophe.

CLINIQUE

Ce qui m'a le plus frappé dans l'étude que j'ai faite des cancers de l'œsophage c'est l'absence absolue de parallélisme entre les symptômes subjectifs et l'état anatomique des lésions.

L'on décrit volontiers une phase de début, une phase d'état, une phase terminale.

La phase de début se caractériserait par une dysphagie parfois paroxystique modérée le plus souvent dans son intensité, supprimant simplement par exemple le passage du pain et de la viande, avec bon état général. L'œsophagoscopie montrerait à ce moment un cancer à son début : une simple infiltration limitée de la muqueuse « qui suit mal les mouvements respiratoires ».

La phase d'état serait caractérisée par une dysphagie plus marquée autorisant seulement le passage des liquides, accompagnée de régurgitations et de siallorhée, l'état général à ce moment serait gravement atteint : il y aurait constamment un amaigrissement de plusieurs kilos. L'œsophagoscopie montrerait un cancer ulcéré ou bourgeonnant comblant en plus ou moins grande partie la lumière œsophagienne.

La phase terminale enfin serait celle où le malade, absolument cachectique, absolument déshydraté « meurt littéralement de faim » avec des signes de compression médiastinale avec un ou plusieurs ganglions sus-claviculaires, des signes de fistule œso-trachéale ou œso-bronchique. L'œsophagoscopie à ce stade, formellement contre-indiquée, montrerait un œsophage complètement comblé par la tumeur.

Cette description du cancer de l'œsophage m'apparaît maintenant comme une conception d'une logique un peu primaire.

Rien n'est aussi surprenant que les dissonances observées entre l'intensité de la dysphagie ou l'altération de l'état général et le volume de la tumeur. Tel malade absolument cachectique ne montre qu'une plaque de leucoplasie en voie de dégénérescence et meurt rapidement sans dysphagie grave (obs. n° 9). Tel autre a maigri de 20 kilos en quelques mois, sa dysphagie est intense, la lumière œsophagienne admet cependant au niveau de la tumeur le tube œsophagoscopique (13 mm. de diamètre) que l'on peut pousser au delà (obs. n° 3). Tel autre n'a qu'une dysphagie modérée. Il peut avaler la viande après l'avoir bien mastiquée. Au bout du tube l'on ne trouve avec beaucoup de peine qu'une lumière ponctiforme qu'il est impossible de cathétériser avec les sondes les plus fines (obs. n° 20).

Pour rester près de la vérité clinique il est nécessaire d'étudier séparément les signes subjectifs,

l'état général, et les quelques maigres renseignements donnés par l'examen clinique ordinaire.

LA DYSPHAGIE.

Tous les malades que j'ai vus présentaient ce symptôme. Tous ont été amenés à consulter par lui. Il est fort regrettable que le manque d'éducation du public et le manque d'instruction ou d'intuition de nombreux médecins le fasse négliger pendant aussi longtemps d'une manière trop fréquente.

Les malades que j'ai été appelé à examiner présentaient ce symptôme le plus souvent depuis 4 à 8 mois. Une seule fois j'ai vu un malade gêné depuis un mois seulement (obs. n° 28); 6 à 7 fois la dysphagie remontait à un an ou plus (obs. nos 6, 7, 15, 17 et 26). Une fois elle remontait à plus de 6 ans (obs. n° 22). Tous ces malades avaient été examinés par plusieurs médecins parfois depuis le début de leurs troubles. Il paraît invraisemblable que l'on ait attendu aussi longtemps pour demander une œsophagoscopie. Je dois reconnaître que dans un certain nombre de cas une fausse sécurité avait été donnée un moment par un examen radiologique.

Les dysphagies que j'ai examinées présentaient des modalités diverses :

Début. — Le plus souvent progressif : les malades avaient dû progressivement éliminer de leur alimentation la viande, le pain, les légumes et fruits crus pour se limiter aux purées et potages.

Ce début progressif était le plus souvent insidieux : la plupart des malades de cette catégorie ne pouvaient retrouver dans leur mémoire le jour où pour la première fois une bouchée de viande ou de pain n'était pas passée.

D'autres fois, le début avait été brusque, net et depuis une date précise le malade avait supprimé les solides de ses repas (obs. n° 7).

D'autres fois encore (cas rare) la dysphagie avait débuté par une crise d'occlusion œsophagienne complète qui au bout de 2 à 3 jours avait laissé une gêne définitive au passage des aliments solides (obs. n° 10).

Intensité. — La plupart des malades étaient réduits aux demi-liquides : potages et purée.

Trois seulement en étaient arrivés à ne plus pouvoir ingurgiter que des liquides (obs. nos 11, 14 et 26).

Modalités. — Dans l'ensemble les dysphagies étaient progressives mais non régulièrement. Certains malades après un début rapide progressif pendant quelques semaines étaient arrivés à une forme d'alimentation, à une consistance donnée de leurs aliments où ils restaient depuis plusieurs mois.

Le stade des liquides purs est très rarement atteint.

Une moitié environ des cancéreux œsophagiens voient leur dysphagie aggravée momentanément

pendant des périodes plus ou moins longues (un jour à une semaine en général). Ces accidents surviennent le plus souvent après des émotions, des refroidissements (obs. nos 22 et 23). Chez ces malades angoissés il n'y a pas pratiquement d'écart de régime.

Dans un cas seulement j'ai trouvé une dysphagie purement paroxystique : pendant quelques heures, un jour au maximum, le malade ne pouvait rien avaler. Puis il pouvait à nouveau manger de tout sans éprouver la moindre gêne (obs. n° 30).

L'explication de la dysphagie est délicate et ne m'apparaît pas clairement.

Dans certains cas, elle est incontestablement mécanique : chez un certain nombre de malades réduits à une alimentation demi-solide, j'ai trouvé un œsophage sténosé de manière nette par la tumeur (obs. nos 2, 5, 11, 16, 17 et 29).

Mais il n'en est pas toujours ainsi :

J'ai vu des malades dont la dysphagie était intense et continue, sans rémission depuis des mois, qui, en dépit de leur tumeur, conservaient une large lumière œsophagienne admettant parfois le tube œsophagoscopique habituel (13 mm.) et presque toujours une sonde n° 22 (obs. 4, 15, 24 notamment).

Comment expliquer les faits de cet ordre ? Evidemment par un spasme surajouté. Ce spasme existe, il est nécessaire à notre esprit pour expliquer ces dysphagies. On le rend responsable de la dysphagie du début ; il disparaîtrait ensuite pour faire place à une sténose mécanique. Il siègerait souvent

à distance de la tumeur : parfois cause d'erreur de diagnostic œsophagoscopique. Je ne l'ai jamais rencontré devant mon tube chez un cancéreux. Chez ces malades très dysphagiques avec peu de sténose mécanique le tube ou la sonde sont toujours passés aussi facilement que chez les autres. Je crois à ce spasme (mais à la hauteur du cancer) car il est nécessaire à l'intelligibilité des faits mais je le répète je ne l'ai jamais vu. J'y reviendrai d'ailleurs au chapitre de l'œsophagoscopie et du diagnostic.

Par contre, chez certains malades, une alimentation presque normale est possible avec une sténose à peu près complète, avec une lumière impossible à cathétériser (obs. n^{os} 20 et 18). Là aussi l'explication apparaît bien difficile.

La douleur. — La dysphagie de mes malades n'était pas en général douloureuse. Quelquefois cependant le passage des aliments s'accompagnait de phénomènes douloureux. Cette douleur était d'une intensité très variable depuis la simple impression pénible « d'une bouchée un peu trop grosse » jusqu'à la sensation de brûlure ou de déchirure.

Le plus souvent le malade la situait en un point de l'œsophage. Il m'est apparu que, assez souvent, le siège de la douleur correspondait au siège de la sténose. C'est là une constatation que j'ai faite tout d'abord d'une manière rétrospective car au cours de l'interrogatoire je n'attachais pas assez d'importance aux dires du malade. Plus récemment prévenu par

ces expériences, il m'est arrivé de porter cliniquement grâce à ce symptôme, des diagnostics approximatifs de siège que les examens spéciaux contrôlaient.

Le cas qui le premier a attiré mon attention est celui, si instructif à tant de points de vue, relaté dans l'observation n° 14. Ce malade à son entrée dans le service d'O.-R.-L. le 11 janvier 1932 souffrait depuis neuf mois d'une dysphagie progressive et avait subi une gastrotomie. Lorsqu'on lui demandait d'avaler une bouchée de purée il le faisait très lentement et accusait une douleur à la hauteur de l'union du tiers inférieur et des deux tiers supérieurs du sternum. L'œsophagoscopie me montra un cancer à 27 cm. des arcades dentaires. Cette tumeur fut traitée par des applications locales de radium. Trois mois plus tard le malade revint, sa dysphagie persistait, légèrement diminuée toutefois, accompagnée de douleurs situées cette fois au creux épigastrique. Une œsophagoscopie me montra, à ma profonde stupéfaction, que le cancer situé à 27 cm. des arcades avait disparu. Je trouvais une autre tumeur à 39 cm. au niveau de la terminaison de l'œsophage.

De même, les malades correspondant aux observations nos 15, 22 et 29 se plaignaient de douleurs cervicales à la déglutition et présentaient des cancers situés entre 16 et 20 cm. des arcades dentaires.

De même les malades des observations 10 et 28

accusaient une douleur médiosternale pour des néoplasmes situés à 27 cm. des arcades dentaires.

Le malade de l'observation n° 28 se plaignait de même d'une douleur située au tiers inférieur du sternum pour un néoplasme à 32 cm. des arcades.

Au total ce symptôme-douleur me paraît moins à négliger qu'il n'est habituel de le faire.

D'autres fois le malade accusait des douleurs irradiées qui n'étaient pas d'une manière évidente en rapport avec des propagations : deux fois j'ai constaté des douleurs interscapulaires (obs. n°s 19 et 30).

LA SIALORRHÉE.

C'est un symptôme fréquent, il existait dans la moitié des cas environ. Mais 4 ou 5 fois seulement j'ai trouvé des stases salivaires œsophagiennes vraiment abondantes, nécessitant une aspiration prolongée avant la poursuite de l'examen. Mes observations ne me permettent pas d'avoir une opinion sur la pathogénie de ce symptôme : réflexe ou stase : je ne sais.

LA FÉTIDITÉ DE L'HALEINE.

Elle est très inconstante : pas plus du quart ou du cinquième des malades. Elle existe évidemment surtout chez les malades fortement sténosés. L'état de la dentition joue un rôle important dans l'existence de ce symptôme.

LES RÉGURGITATIONS.

Elles existaient dans une moitié des cas environ : le plus souvent immédiates, 4 ou 5 fois seulement, le malade avait constaté la présence de stries sanguantes. Je n'ai jamais au cours des quelques vérifications que j'ai faites trouvé dans ces régurgitations des débris qui pussent être considérés comme des fragments de tumeur.

AUTRES SYMPTÔMES.

A côté de ces symptômes principaux propres, en quelque sorte, à la localisation œsophagienne du cancer, j'ai trouvé quelquefois des troubles gastriques ou laryngés qui au début avaient pu faire errer le diagnostic. Au moment où j'ai examiné ces malades, ils étaient très nettement au deuxième plan. Quant aux troubles de l'arbre respiratoire je n'ai jamais constaté autre chose que des signes diffus d'encombrement bronchique ou de broncho-pneumonie bâtarde chez des malades prêts à mourir dans la cachexie et le marasme.

Je n'ai jamais eu la chance de trouver des symptômes d'ordre médiastinal par compression, tels que : dysphonie, toux coqueluchoïde, œdèmes, troubles pupillaires, etc., etc.,.

EXAMEN CLINIQUE.

L'inspection, la palpation ne m'ont jamais rien montré. Même dans les cas de cancers haut situés la palpation du cou ne m'a donné aucun renseignement dans aucun cas.

L'auscultation. — J'avoue ne l'avoir pratiquée qu'un très petit nombre de fois, je n'ai rien à dire à ce sujet.

Je n'ai que rarement (obs. nos 10, 22 et 25 entre autres) trouvé des ganglions sus-claviculaires. J'ai pourtant vu des cancers très avancés.

L'étude de l'*état général* est très intéressante, il me paraît nécessaire de distinguer à ce propos deux points ; l'amaigrissement et l'aspect du malade.

L'amaigrissement m'est apparu constant, il est vrai que tous les malades que j'ai vus étaient atteints depuis plusieurs mois. Par exemple dans l'observation n° 28, en un mois le malade avait perdu 2 kilos. Dans l'observation n° 25 en 14 mois, 17 kilos. Dans l'observation n° 21, en un mois 10 kilos. Dans l'observation n° 14, en neuf mois, 45 kilos.

L'aspect général par contre était des plus variables. Dans les observations nos 1, 10, 28 et 29 par exemple, les malades avaient un très bon aspect. Au contraire ceux des observations nos 9, 15 et 26 se présentaient comme des moribonds. Il me faut signaler cependant que quelquefois des malades qui

paraissaient présenter un très bon état général, avaient en réalité considérablement maigri ; il s'agissait auparavant de véritables colosses. L'étude de l'état général est de toute première importance au point de vue thérapeutique, j'y reviendrai au chapitre Traitement.

EXAMENS SPÉCIAUX

Je n'ai jãmais eu recours au cathétérisme. Je ne vois quels renseignements cette exploration aveugle peut donner lorsqu'on possède à sa disposition la possibilité de l'œsophagoscopie.

Deux examens seuls sont indispensables en présence de tout malade suspecté de néoplasme œsophagien, radioscopie et radiographie d'une part, œsophagoscopie d'autre part à pratiquer dans cet ordre chronologique.

RADIOLOGIE.

L'examen aux rayons X d'une sténose œsophagienne comporte deux temps : la radioscopie, la prise de clichés.

La radioscopie. — Elle est indispensable pour préciser la notion clinique de sténose, la vérifier, la situer et aussi pour permettre de constater, le cas échéant, l'existence d'un anévrisme aortique (l'épouvantail).

Mais il m'est apparu que cette radioscopie était trop souvent considérée comme une simple forma-

lité et n'était pas pratiquée avec tous les soins nécessaires. Plusieurs fois j'ai été amené à voir des malades nettement dysphagiques depuis plusieurs mois qui venaient avec un compte rendu radiologique absolument rassurant « transit œsophagien normal », « pas de sténose œsophagienne », etc... (obs. n^{os} 8, 10, 22, 24 et 30). Or, à chaque fois l'œsophagoscopie me montra des lésions cancéreuses largement évoluées. Par ailleurs, l'expérience m'a montré que même entre les mains d'observateurs attentifs et compétents, la radioscopie laissait passer un certain nombre d'erreurs. Je reviendrai sur ce sujet.

Pour être efficace, l'examen radioscopique de l'œsophage doit être pratiqué avec de grandes précautions et une grande attention. Le malade doit être examiné à jeun, il y a intérêt à le préparer en lui faisant absorber quelques jours auparavant des antispasmodiques : ceux qui m'ont donné les meilleurs résultats sont l'association de teinture de belladone et de teinture de jusquiame, le benzoate de benzyle, le gardénal, les bromures.

Il faut examiner le malade debout, de face, puis de trois quarts, les bras relevés au-dessus de la tête. Il y a intérêt à jeter un premier coup d'œil avant toute absorption de liquide opaque.

On lui fait prendre dans la bouche une gorgée de liquide opaque à consistance épaisse qu'il avalera au commandement. Dès ce moment il faut redoubler d'attention. Lorsqu'on a commandé au malade

d'avaler, l'on voit l'ombre de l'hypopharynx se modifier dans sa forme et la bouillie s'engager dans l'œsophage. Ce temps est parfois retardé. La bouche œsophagienne est plus ou moins longue à s'ouvrir. Elle présente parfois des alternatives spasmodiques d'ouverture et de fermeture qui fragmentent la colonne opaque : d'où résultent des aspects parfois mal interprétés.

Lorsque la bouillie a pénétré dans l'œsophage, il faut suivre son transit, apprécier sa vitesse et son mode de propagation. Il faut étudier la forme de l'image œsophagienne. Chez des sujets indemnes de toutes lésions œsophagiennes, la traversée est de rapidité très variable. Parfois l'ombre tombe comme une pierre ; d'autres fois elle progresse rapidement par reptation, d'autres fois encore, elle descend en boules successives.

Il faut regarder avec soin la forme de cette ombre, ses contours. Il faut bien vérifier s'il ne s'y modèle pas, souvent de matière fugitive, une déformation sur l'un des bords. Au moindre doute on a intérêt à demander des radiographies en série qui permettent mieux de juger. J'ai vu ainsi un cas (obs. n° 11) où un simple soupçon radioscopique s'est transformé en certitude absolue en présence des radiographies en série (l'histoire clinique il est vrai avait fait poser le diagnostic auparavant).

En réponse à un cancer de l'œsophage l'on peut voir :

Dans les cas les plus favorables et les plus rares :

un arrêt complet de la bouillie opaque qui dessine une bande noire à extrémité inférieure légèrement renflée, de contour irrégulier surtout à sa partie la plus basse. L'œsophage se contracte sur cette masse que l'on peut voir remonter, soit d'un coup, soit après plusieurs oscillations jusque dans la bouche du malade qui la rejette. Dans certains cas, au contraire, après quelques contractions œsophagiennes, l'on voit se former au pôle inférieur du renflement un mince filet opaque, irrégulier, au trajet anguleux.

Dans les cas moins favorables, l'on assiste non plus à un arrêt complet mais à un ralentissement évident du transit œsophagien. En un point la colonne paraît changer de calibre, ou bien les bouchées viennent s'accumuler pour un laps de temps plus ou moins court. L'on a là encore un aspect irrégulier de l'ombre.

Dans d'autres cas, les plus fréquents, il n'y a pas de ralentissement mais en un point précis, l'image œsophagienne subit une altération. Cette déformation est parfois évidente, c'est dans les cas où elle est peu marquée ou simplement soupçonnée que l'on a intérêt à prendre des clichés en série.

Enfin, le transit et l'image œsophagienne peuvent apparaître absolument normaux mais il persiste en un point de l'œsophage une tache de bouilliebarytée. L'interprétation de ce fait est parfois délicate. Pour certains ce serait un symptôme évident de cancer. J'ai eu l'occasion d'en vérifier un cas : il n'y avait aucune lésion œsophagienne.

Les causes d'erreurs. — Au cours de cet examen radiologique, elles sont multiples. L'on peut en restreindre le nombre et l'importance par un redoublement d'attention, mais il est impossible de les éliminer absolument.

L'on peut ne pas voir un cancer.

Si le cancer est très petit ou très peu évolué, il peut ne se manifester par aucun signe radiologique. C'est ainsi que j'ai trouvé chez un malade suspecté cliniquement du cancer de l'œsophage et chez lequel l'examen radioscopique ne montrait absolument rien, une petite plaque de leucoplasie en voie de dégénérescence (obs. n° 9).

Certains cancers quoique déjà de volume appréciable ne sont pas très sténosants fonctionnellement et si le sujet avale à petites gorgées, ce qui fragmente la bouillie, l'on peut ne pas apercevoir de ralentissement du transit. Il semble cependant que l'on doive dans ce cas constater une déformation de l'image.

Une cause d'erreur importante est constituée par la dilution trop grande de la bouillie qui ne se modèle pas sur un obstacle peu volumineux.

Mais au total cette sorte d'erreur est rare si l'on y prête attention. Je ne l'ai constatée que deux fois chez des malades qui m'étaient adressés des services de médecine de l'hôpital Saint-Antoine, et en raison de l'examen clinique le diagnostic du cancer avait été cependant porté.

Plus souvent l'on croit à un cancer qui n'existe pas.

Les principales causes d'erreurs ont été :

1^o L'occlusion momentanée, le spasme, de la bouche œsophagienne qui peut faire croire à un cancer haut situé, mais qui plus souvent s'ouvrant et se fermant spasmodiquement trouble l'interprétation du transit et de l'image œsophagienne ;

2^o Le spasme du cardia : il est relativement fréquent. C'est là je crois la principale cause d'erreur. Ce que l'on prend pour un cancer dans ce cas n'est qu'une occlusion spasmodique du cardia causée parfois par une affection gastrique. Deux fois j'ai vu en particulier des cancers de la grosse tubérosité pris pour des sténoses œsophagiennes. Après œsophagoscopie négative, le diagnostic fut redressé grâce à un examen radiologique en position de Trendelenburg. Plus rarement l'affection provocatrice du spasme est vésiculaire ou intestinale, parfois idiopathique. Il s'agit alors de cardiospasme ou plus exactement de phrénospasme ; j'ai eu l'occasion d'en observer trois cas. En réalité chez ces trois malades, le diagnostic de cancer avant l'œsophagoscopie était suspect, d'autant plus que deux fois il s'agissait de deux femmes relativement jeunes. Après avoir parlé de ces deux espèces de spasmes œsophagiens, je dois dire que ce sont les deux seuls que j'ai constatés à l'état isolé aussi bien à l'examen radiologique qu'endoscopique de tous les malades qui m'ont été adressés ;

3^o Des compressions extrinsèques constituent une troisième cause d'erreur. J'ai vu un certain nombre

de malades suspects du cancer de l'œsophage, présentant de la dysphagie et un aspect radiologique de sténose. J'en ai vu d'autres moins nombreux qui m'étaient envoyés avec un diagnostic ferme clinique et radiologique de cancer de l'œsophage posé par des cliniciens avertis (je dois avouer que dans tous ces cas d'ailleurs, avant l'œsophagoscopie, j'approuvais entièrement ce soupçon ou ce diagnostic). Chez ces malades à l'œsophascopie j'ai constaté l'absence de toute lésion néoplasique. En dépouillant ces observations, je retrouve qu'il s'agissait :

Deux fois de malades à gros cœur. Un examen radiologique plus approfondi pratiqué après coup, montra que le passage de la baryte était rythmé par les contractions cardiaques.

Trois fois de tuberculose pulmonaire (dans deux de ces cas la dysphagie présentait absolument le type néoplasique). La radiologie décrivait un ralentissement du transit dans la portion moyenne de l'œsophage thoracique. Deux fois l'œsophascopie montra une légère déformation de la face antérieure de l'œsophage entre 26 et 30 cm. de l'arcade dentaire. Une fois elle ne montra rien du tout, il est vraisemblable qu'il s'agissait là de compressions par des ganglions médiastinaux.

Une fois il s'agissait de dysphagie à type supérieur et paroxystique : l'œsophascopie ne montra rien et dans les jours qui suivirent l'on vit se développer une tuberculose bucco-pharyngée à prédominance amygdalienne.

Une fois enfin le diagnostic du cancer de l'œsophage thoracique à sa partie moyenne paraissait évident. L'œsophascopie montra une coudure de l'œsophage en arrière à 26 cm. des arcades : coudure brusque déterminant la formation d'un éperon antérieur franchissable d'ailleurs à l'œsophascosope. Je n'ai pas trouvé d'explication satisfaisante pour ce cas.

2^o Chez certains malades indemnes de toute lésion organique œsophagienne l'on peut voir la bouillie s'arrêter en un point précis sous forme de boules surmontées par une bulle d'air. Cet aspect qui a pu parfois être constaté à plusieurs examens successifs correspond vraisemblablement à des lésions de médiastinite.

En somme, il m'apparaît que les examens radiologiques sont indispensables dans l'examen d'un malade suspect de cancer œsophagien. Mais ils doivent être pratiqués avec beaucoup de soins et demeurent malgré tout susceptibles de causer de graves erreurs. Ils apportent un *argument* de plus pour ou contre le diagnostic, mais ne peuvent permettre de trancher absolument. C'est là le privilège de l'œsophascopie seule.

ŒSOPHACOSCOPIE

L'œsophascopie est en effet le seul mode d'exploration qui permet chez le vivant de poser avec une certitude absolue le diagnostic du cancer de l'œso-

phage. Sans l'œsophagoscopie le meilleur clinicien, le radiologue le plus averti ne peuvent arriver qu'à une présomption. Le diagnostic de cancer en raison du pronostic fatal qu'il comporte jusqu'à maintenant ne doit être posé qu'à bon escient, aussi bien dans l'intérêt du malade que dans celui de son entourage. C'est pourquoi je n'ai jamais hésité à pratiquer cet examen.

L'œsophagoscopie a dans les milieux médicaux très mauvaise réputation. Dans l'ouvrage si remarquablement documenté de Bérard et Sargnon qui constitue la Revue générale la plus récente sur le cancer de l'œsophage, on peut lire « plus encore que le cathétérisme, l'œsophagoscopie ne peut être tentée qu'à bon escient, nous dirions presque en cas de nécessité et seulement après un examen radioscopique minutieux qui permettra parfois de s'en passer. En effet, plus encore que les sondes et les cathètes demi-mous, les tubes œsophagoscopiques rigides, rectilignes, sont agressifs pour les tuniques malades, friables, saignantes du conduit alimentaire cancéreux. Et en cas d'ectasie aortique il y aurait encore plus de chance de perforation qu'avec le catheter ». Je cite ces phrases car elles expriment bien l'état d'esprit de la majorité. Quant à moi, je pense qu'on n'a pas le droit de poser un diagnostic de cancer sans preuve absolue. L'examen radiologique peut être en défaut. En ce qui concerne le danger de cette exploration ; l'œsophagoscope est évidemment rectiligne et rigide,

mais il ne devient agressif que du fait de la main qui le pousse et celle-ci manœuvre sous le contrôle de la vue. L'on glisse le tube près de parois fragiles mais on voit son extrémité.

L'œsophagoscopie doit être pratiquée au moindre soupçon de cancer avec prudence mais sans hésitation. Telle a été ma ligne de conduite depuis deux ans et je n'ai pas eu à m'en repentir.

Technique. — Ceux qui pratiquent l'œsophagoscopie sont responsables, en partie de la méfiance qu'elle inspire. Ils l'ont entourée de trop de mystère. Ils ont voulu en faire une spécialité dans la spécialité ! C'est un moyen d'exploration simple. Il est en somme très facile d'apprendre à passer un tube.

J'ai pratiqué seulement l'œsophagoscopie haute par les voies naturelles.

J'ai employé à l'exclusion de tout autre le tube de Brunnings modifié par Bensaude, combiné au manche éclaireur de Brunnings pour les manœuvres d'exploration et de biopsie. Ce matériel est robuste et ne m'a jamais laissé en panne : je l'ai maintenant bien en mains, je lui resterai probablement fidèle. Il est je crois capital d'user toujours du même appareillage pour n'avoir pas à recommencer plusieurs fois un apprentissage.

Toutes mes œsophagoscopies ont été pratiquées sous anesthésie locale après préparation du malade : j'attache une grande importance à cette prépara-

tion. Trois heures avant l'examen, on administre au malade deux comprimés d'allonal et deux cuillerées à soupe de sirop de chloral, s'il est de petite taille ou fatigué ; trois comprimés et trois cuillerées s'il est grand, gros, en bon état. S'il s'agit d'un sujet particulièrement nerveux, on lui donne la veille au soir soit deux cuillerées de chloral, soit 20 centg. de Gardenal. Je me suis définitivement arrêté à ces médicaments : après plusieurs expériences ils me paraissent préférables aux autres.

Au moment de l'œsophagoscopie le patient est assoupi, on doit en général le transporter à la salle d'examen. Il dort ensuite plusieurs heures. Depuis que j'emploie cette méthode, j'ai eu beaucoup moins de peine à faire admettre à mes malades de nouvelles explorations.

Comme anesthésique local j'emploie uniquement la solution de cocaïne au dixième fournie par l'Assistance Publique en badigeonnage au niveau des gencives de la base de la langue du pharynx. Grâce à la préparation du malade, cette anesthésie est menée très rapidement : en général elle est terminée en trois ou quatre minutes. Le critérium d'une anesthésie suffisante est marqué par la possibilité d'introduire sans peine un porte-coton imprégné de cocaïne dans la bouche œsophagienne où on le laisse deux ou trois minutes.

Je n'emploie plus actuellement que la position couchée pour passer mon tube. Le malade est cou-

ché sur une table de pansement ordinaire. La tête déborde le plan de la table : je la confie à un aide (en général le garçon de la salle d'opération) qui la maintient dans la position que j'indique. Un deuxième aide est préposé au fonctionnement de l'aspirateur et à la traction de la langue au début du passage du tube (rôle dévolu en général à un externe).

J'introduis le tube toujours sous le contrôle de la vue sans mandrin sur la ligne médiane en suivant la face supérieure puis postérieure de la langue. Je charge l'épiglotte, j'arrive sur les arythénoïdes immédiatement en arrière, je cherche la bouche œsophagienne : Une fois sur deux je la vois d'emblée, l'autre fois je la fais apparaître en soulevant les arythénoïdes sur le bec du tube spatulé. Pendant ce temps, le garçon soulève légèrement la tête au-dessus du plan de la table (en raison de sa situation en porte à faux, le mouvement de flexion n'intéresse pas le tronc). Plus tard, sur mes indications, il la porte en rectitude ou en légère extension au-dessous du plan de la table. La pénétration du tube se fait en général très facilement ; parfois pour vaincre la résistance de la bouche œsophagienne, il faut appuyer sur elle quelques instants un porte-coton imprégné de cocaïne. Cette manœuvre est aussi simple dans tous les cas que je viens décrire. Chevalier Jackson donne beaucoup d'importance au rôle des aides. « Un assistant placé à droite doit soulever la tête de la main gauche aidée par le coude

- gauche appuyé sur le genoux gauche ; son bras droit passe sous le cou pour aller insinuer un ouvre-bouche spécial entre les arcades dentaires du côté gauche. Un deuxième assistant placé à droite doit appuyer sur les épaules du patient Une infirmière doit maintenir les mains, etc. etc... Ces aides doivent subir un entraînement *ad hoc* : ce sont des médecins spécialisés ». Il me paraît qu'il y a là une certaine exagération. Avec mes deux aides, mis au courant en deux minutes de ce que j'attends d'eux, je ne suis jamais, malgré une pratique peu ancienne, resté en route : je n'ai jamais éprouvé une difficulté de leur fait.

La bouche œsophagienne franchie sous le contrôle de la vue, il faut pousser le tube sous le contrôle de la vue. Parfois dès la pénétration dans l'œsophage, la lumière est obstruée par de la salive mêlée ou non de débris alimentaires. Avant de pousser plus loin d'un seul millimètre il faut aspirer ce liquide. J'utilise une puissance d'aspiration modérée pour ne pas faire saigner la muqueuse : incident sans gravité mais gênant. La lumière œsophagienne déblayée à l'aspirateur est nettoyée au porte-coton sec si la muqueuse est normale, imprégné de cocaïne, si elle est rouge et congestionnée. Je pousse ensuite progressivement le tube, puis si cela est nécessaire ses allonges toujours sous le contrôle de la vue. Chemin faisant on note l'aspect de la muqueuse et des parois, leurs battements, les dimensions de la lumière, etc. etc... L'apparition de la tumeur dans

le champ de vision du tube fait redoubler de prudence. Le plus souvent ses dimensions sont telles que la lumière apparaît considérablement rétrécie. L'on arrête le tube à un centimètre du cancer que l'on nettoie au porte-coton et que l'on peut observer dans tous ses détails. J'ai décrit au chapitre de l'anatomie pathologique les divers aspects que j'ai constatés.

En général cet examen suffirait pour affirmer le cancer. Mais il est indispensable pour confirmer absolument ce diagnostic de pratiquer une biopsie. Pour cela j'emploie actuellement uniquement l'embout droit rond, coupant de Brunnings monté sur un canon droit, de longueur appropriée du manche universel. Cet instrumentation présente beaucoup d'avantages, elle est simple, robuste, peu encombrante, peut se manœuvrer facilement sous le contrôle de la vue avec le manche éclaireur Brunnings. De plus, la pince peut travailler dans telle direction qu'on veut bien lui donner pour une même position de la main.

Il en est de la biopsie comme de l'œsophagoscopie : elle est inoffensive si on la pratique sous le contrôle de la vue. En prenant son temps, si l'on s'est quelque peu entraîné, l'on peut faire sa prise où l'on veut : c'est-à-dire sur la tumeur et non à côté : c'est-à-dire sans danger. La biopsie faite, en retirant le tube je contrôle l'œsophage sus-jacent à la tumeur.

Telle est la technique que j'emploie : je fais mon possible pour la simplifier au maximum.

Pendant un jour ou deux, après l'œsophagoscopie le malade est laissé au repos au lit. Il ne prend que de très faibles quantités de liquide pendant la première journée. Ces précautions classiques me paraissent illusoires. Si l'on a fait une perforation, elles ne sauraient éviter la médiastinite. Si l'on en a pas fait, elles sont inutiles.

Difficultés de l'œsophagoscopie. — Les difficultés de l'œsophagoscopie ne doivent pas être exagérées, elles existent mais on peut dans la très grande majorité des cas en venir à bout facilement.

La première difficulté que l'on peut rencontrer pour l'introduction du tube est une longueur anormale des incisives médianes supérieures. Je suis toujours venu à bout de cet inconvénient, en demandant au malade d'ouvrir très fortement la bouche ou en passant par une commissure. J'évite le plus possible cette dernière manœuvre car lorsqu'on redresse le tube, son extrémité se meut comme le court bras d'un levier et possède une grande puissance offensive que l'on contrôle mal.

La deuxième difficulté est due à une contraction spasmodique de la bouche. Cette contraction est le plus souvent elle-même le fait d'une anesthésie insuffisante. Je rencontre beaucoup moins souvent cet obstacle depuis que je pratique l'anesthésie moi-même ou que je la vérifie avant tout début d'exploration. Il suffit d'appuyer pendant quelques instants un porte-coton imbibé de cocaïne en arrière des

arythénoïdes pour frayer un passage facile au tube.

La bouche franchie, le tube rencontre parfois un deuxième obstacle constitué par la saillie en avant de la paroi postérieure de l'œsophage refoulée elle-même par une sixième ou une septième vertèbre cervicale saillante. Dans ce cas, je demande à l'aide de soulever la tête en la fléchissant légèrement : cette petite manœuvre m'a toujours permis de franchir cet obstacle. Il y a intérêt à lui associer une rotation de 90° du manche qui fait passer le bec du tube le long d'un bord latéral.

J'ai été gêné également au cours de mes premières œsophagoscopies par des replis de muqueuses qui venaient se former comme à plaisir devant l'ouverture du tube. On les évite relativement facilement en progressant très lentement sous le contrôle réel de la vue, en faisant pivoter le tube de manière à venir charger de son bec ces replis dès que l'on en aperçoit un en formation. La bouche œsophagienne franchie, je n'ai jamais, avant d'arriver au diaphragme, été arrêté par un spasme. Je n'ai jamais vu de spasme autre part qu'au niveau des deux extrémités de l'œsophage.

L'orifice diaphragmatique est parfois fermé de façon spasmodique. Mais après cocaïnisation j'ai toujours pu faire, pénétrer un porte-coton où le tube lui-même dans la cavité gastrique.

Certains auteurs conseillent d'introduire l'œsophagoscope sur bougie servant de mandrin ; soit simplement pour franchir la bouche œsophagienne, soit

pour arriver jusqu'au siège approximatif du cancer repéré par radiologie. Je ne vois à cette méthode aucun avantage : avec un peu d'expérience on trouve toujours la bouche œsophagienne à l'œil. Elle me paraît par contre présenter de graves inconvénients, je dirai même de réels dangers : cet œsophagoscope introduit ainsi à l'aveugle devient véritablement offensif. Il est curieux de voir cette méthode employée par ceux-là même qui trouvent l'œsophagoscope dangereux manœuvré sous le contrôle de la vue.

A côté de ces difficultés de pénétration il y a des difficultés d'observations dues surtout à la salive et au sang. Il est facile de se débarrasser de la première par l'aspirateur et les porte-cotons. En présence d'hémorragie il faut se garder d'user de l'aspirateur qui l'aggraverait. Il faut tamponner à la cocaïne adrénalinée : cela m'a toujours suffi. Mais je suis persuadé qu'il ne doit pas en être ainsi dans tous les cas.

Il existe enfin des difficultés d'interprétation des choses vues sur lesquelles je reviendrai au chapitre du diagnostic.

Les contre-indications de l'œsophagoscopie sont rares. A part les cas où le malade est moribond et mourra sûrement en quelques jours quoique l'on fasse, je n'en vois pas.

Les accidents. — Qui peuvent compliquer l'œsophagoscopie sont essentiellement des fausses-routes

se compliquant de médiastinites. Je n'en ai jamais eu : je suis persuadé que cela m'arrivera cependant un jour. Mais le risque est minime et le but poursuivi vaut qu'on le courre.

L'on parle beaucoup de perforation de l'aorte par le tube œsophagien. Je n'en connais pas d'observation authentique. L'on voit bomber et battre environ une aorte sur deux ou trois : à plus forte raison un anévrisme. Pour le rompre il faudrait arriver à son contact et l'on doit le voir bien avant. Il s'agit là, je crois, plus d'un épouvantail que d'un danger réel.

Par opposition a ces inconvénients en somme peu à redouter, les résultats de l'œsophagoscopie sont extrêmement intéressants. Dans à peu près tous les cas du cancer de l'œsophage, elle apporte seule une certitude. Dans un nombre de cas, malheureusement plus réduits, elle permet de redresser une erreur de diagnostic et de lever un pronostic fatal. J'en ai rapporté plusieurs cas déjà au cours de ce travail.

ÉVOLUTION

Un grand nombre des malades que j'ai examinés sont déjà morts. Il est vraisemblable que tous les autres succomberont à leur affection en dépit de quelques rémissions que j'ai observées après traitement.

La rapidité d'évolution est très variable.

Le minimum que j'ai constaté chez mes malades est de huit mois comptés à partir du premier signe (obs. n° 11). Il s'agissait d'un malade de 46 ans. Une autre fois l'évolution totale fut de neuf mois (obs. n° 19). Malade âgé de 70 ans). Un troisième malade enfin est actuellement en train de mourir : le début de son affection remonte à dix mois (ob. n° 24).

Le plus souvent la durée d'évolution dépasse un an.

Un de mes malades présentait des troubles depuis six ans (obs. n° 22) mais il est vraisemblable que la cancérisation ne remonte pas aussi loin.

Il est classique de dire que le cancéreux de l'œsophage meurt « littéralement de faim ». Ce n'est exact que dans un minimum de cas. Dans les trois cas d'évolution rapide que je viens de signaler, l'un (obs. n° 11) avait une dysphagie très marquée : il

fut gastrotomisé et mourut dans un état de cachexie épouvantable, quatre mois après son opération en dépit d'une alimentation copieuse par sa sonde. Les deux autres n'avaient que peu de dysphagie et absorbaient journellement une quantité d'aliments suffisante pour maintenir en équilibre un individu normal.

Chez certains malades (obs. n° 9, entre autres) j'ai eu l'impression d'une consommation rapide de l'organisme du fait du cancer : le malade paraît fondre.

Chez certains malades la mort est survenue au milieu de complications pulmonaires (ob. n° 26).

Je n'ai jamais vu de fistules œso-trachéales ou œso-bronchiques.

J'ai constaté une fois (dans un service de médecine, une nuit de garde), une mort subite chez un cancéreux œsophagien par hémاتèse foudroyante par rupture de l'aorte dans l'œsophage.

Deux fois enfin la mort est survenue par médiastinite après application de radium. Je reviendrai sur ces deux cas au Chapitre du traitement.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic du cancer de l'œsophage est, tout considéré, un diagnostic facile dans de nombreux cas dans les conditions où j'ai été appelé à l'étudier...

Une dysphagie progressive survenant chez un homme âgé de plus de 40 ans fait penser au cancer, surtout si elle s'accompagne d'amaigrissement. Dans presque tous les cas que j'ai observés, ce diagnostic paraissait s'imposer, mais il est vrai que je les ai vus relativement tard. La conclusion à en tirer est que le diagnostic que je trouve facile est celui d'un cancer évoluant depuis longtemps déjà. Cela démontre par contre-coup qu'il est méconnu pendant longtemps : méconnu ou négligé.

Il est rare qu'un cancer soit pris pour autre chose; je n'ai observé ce cas que rarement. J'aurais tendance à dire que c'est là le fait des médecins peu avertis.

Il est plus fréquent d'autre part que le diagnostic du cancer soit posé à l'occasion d'une autre affection : ce serait là par opposition, semble-t-il, le fait de médecins expérimentés.

Au point de vue diagnostic, j'ai observé trois séries de faits :

Le cancer est méconnu.

Le cancer est confondu avec autre chose.

Autre chose est confondu avec un cancer.

Je passerai successivement en revue ces trois ordres de faits.

Mais auparavant j'insisterai à nouveau sur l'importance de la dysphagie comme symptôme d'alarme, de la radiologie et de l'œsophagoscopie surtout comme moyens de diagnostic. Seule cette dernière méthode d'exploration permet à coup sûr d'affirmer ou d'infirmer l'existence d'un cancer. Dans ce dernier cas, il est toutefois prudent de la répéter plusieurs fois après un certain intervalle.

1° Le cancer œsophagien est très souvent méconnu à son début.

On ne le reconnaît que trop tardivement, lorsque les symptômes sont devenus par trop gênants.

Deux ordres de faits d'après mes observations sont responsables de cet état de choses.

Dans un certain nombre de cas il y a incontestablement manque d'instruction ou d'intuition de la part du médecin.

Dans d'autres il faut incriminer la négligence du malade due à son manque d'éducation.

Certains médecins ont une tendance fâcheuse à ne pas prendre au sérieux une gêne passagère de

la déglutition, une douleur inconstante et légère au passage d'aliments durs. Plusieurs fois des malades m'ont répondu, alors que je leur reprochais leur négligence « je l'ai bien dit au docteur il y a six mois ou un an, il m'a répondu que ce n'était rien ».

On ne saurait trop attirer l'attention de nos confrères sur la valeur de ce symptôme capital : la *dysphagie*, surtout dans ses formes frustres. Il faudrait qu'ils aient toujours l'attention en éveil à son sujet et ne la rangent pas parmi le nombre des troubles dits fonctionnels dont on écoute le récit d'une oreille distraite et que l'on traite par deux ou trois remèdes anodins donnés au hasard.

Je n'ai jamais été appelé à pratiquer une œsophagoscopie de vérification pour une dysphagie discrète, pour une histoire de bouchée qui est mal passée ou n'est pas passée à une ou deux reprises. J'ai l'impression que certains doivent tout de même penser au cancer mais attendent l'apparition de symptômes plus nets pour oser en parler. Ils laissent ainsi évoluer une tumeur qui n'en est que plus difficile à traiter si plus aisée à reconnaître.

Une autre excuse invoquée par plusieurs camarades auxquels j'avais fait ce reproche est la réputation fâcheuse de l'œsophagoscopie. Beaucoup trop croient que l'œsophagoscopie est une exploration dangereuse. J'ai la satisfaction d'en avoir persuadé quelques-uns du contraire.

D'autres et plus nombreux ont répondu à mes reproches « à quoi bon un diagnostic précoce

puisque l'on ne peut rien faire ». Ce raisonnement d'apparence solide, je dirais même irréfutable est en réalité désastreux. Evidemment, nous ne savons pas guérir les cancers de l'œsophage tels que ceux qu'on nous envoie. Mais j'ai observé d'incontestables améliorations passagères après radiumthérapie. Peut-être bien qu'en s'attaquant à des cancers dès le début, l'on aurait de meilleurs résultats. Quelques chirurgiens audacieux, et pourquoi ne pas l'être devant des cas aussi désespérés et désespérants, ont essayé d'extirper des cancers de l'œsophage : ils se sont tous découragés devant la difficulté de cette opération, liée, en grande partie, à l'extension trop grande des lésions. On pourrait leur supprimer les difficultés de cet ordre par un diagnostic précoce.

Je crois qu'il serait profitable que les voix autorisées incitent plus souvent et plus énergiquement les médecins à demander une œsophagoscopie au moindre soupçon de cancer, en présence d'une dysphagie pas encore continue. C'est là la seule manière de reconnaître un cancer au début. C'est là le seul moyen de donner au malade une chance bien minime encore, mais une chance tout de même, sinon de guérir, tout au moins d'être amélioré. Il faut donc éduquer les médecins sur ce sujet et leur enseigner qu'ils doivent penser au cancer en présence de toute dysphagie même légère, même passagère ; que l'œsophagoscopie, méthode sans danger, peut seule à ce moment en faire le diagnostic ; que le problème de la thérapeutique du cancer de l'œsophage

ne pourra être efficacement étudié sinon résolu que lorsque ceux qui s'en occupent auront en mains des cancéreux au début,

Mais en plus de l'éducation du médecin, il faudrait faire l'éducation du public. Un certain nombre de mes malades n'avaient été examinés que depuis un temps relativement court par rapport à la durée totale de l'évolution de leur mal. Il croyaient « que ce n'était rien, que cela allait se passer ». Sans trop d'inquiétude, ils en étaient arrivés à ne plus pouvoir avaler que des pâtées, des purées, des liquides. Il serait bon que les quelques médecins qui ont pris l'habitude de donner des articles de médecine aux grands quotidiens ou hebdomadaires signalassent de temps en temps au public le danger qu'il y a à avaler difficilement même de temps en temps. Cela affolerait peut-être quelques névropathes mais serait plus utile à la majorité que l'exposé des discussions sur la pathogénie de l'asthme, l'ozène, l'eczéma ou l'urticaire.

2° Le cancer de l'œsophage est confondu avec autre chose.

C'est l'erreur grave.

Les diagnostics ayant été posés avant le vrai chez les malades que j'ai observés étaient divers.

Le plus souvent, alors qu'il n'y avait que de la dysphagie, celle-ci, faite sans doute d'interrogatoire serré, avait été considérée comme un manque

d'appétit de cause non précisée ou une manifestation d'un état psychique défaillant. Quatre ou cinq fois les malades m'ont montré des ordonnances leur prescrivant des gouttes amères, du bromure ou de la valériane. Deux ou trois avaient été considérés comme des gastriques, leur gêne de déglutition, traitée par des alcalins. Dans deux de ces cas il y avait en même temps quelques douleurs qu'une analyse trop rapide des symptômes avait fait vraisemblablement prendre pour du pyrosis ou des douleurs de gastrite (tous deux étaient des alcooliques).

Une fois un malade fut adressé avec un diagnostic de diverticule œsophagien : diagnostic posé à cause des régurgitations relativement tardives que présentaient le malade qui accusait par ailleurs des douleurs cervicales bas situées à type de distention. En fait ce diagnostic ne résistant pas même à l'examen clinique et l'œsophagoscopie ne fit que confirmer mon impression de cancer.

Une fois un malade fut adressé au service pour œsophagoscopie avec le diagnostic de cardiospasme. Là encore il me parut que l'interrogatoire serré du malade eût dû orienter plutôt vers celui de cancer. Il y avait un épithélioma à 39 cm. des arcades dentaires.

Au total les erreurs de diagnostic que j'ai eues à redresser dans ce sens n'étaient pas très nombreuses. Il est vrai que presque tous les cancers que j'ai vus évoluaient depuis longtemps et bon nombre de ceux qui m'étaient adressés avec un diagnostic

exact avaient été méconnus jusqu'à peu de temps auparavant.

Au point de vue des erreurs de diagnostic méconnaissant le cancer au profit de toute autre affection à l'examen œsophagoscopique, je n'ai que peu de chose à dire. Je n'ai en aucune circonstance contrôlé un autre endoscopiste en défaut.

Pour ma part je ne crois pas avoir laissé passer de cancer. J'ai toujours demandé à ceux qui m'avaient adressé un malade auquel je n'avais rien trouvé, de me tenir au courant de l'évolution.

Dans deux cas douteux j'ai refait de nouvelles œsophagoscopies à deux et trois mois d'intervalle qui ont vérifié l'absence de lésion.

Dans trois cas, sans la biopsie je n'aurais pas conclu à cancer. Dans un cas il s'agissait d'une plaque de leucoplasie en voie de dégénérescence. Dans le deuxième, d'un cancer qui simulait une tumeur bénigne. Pour le troisième j'aurais penché vers le diagnostic de lésion traumatique (il s'agissait d'un cancer haut situé, le passage du tube en raison d'une saillie marquée de la septième cervicale avait été pénible et en apercevant dans la lumière un gros bourgeon saignant, allongé et aplati, je crus qu'il s'agissait d'un fragment de muqueuse arraché par le bec du tube, une biopsie pratiquée de parti pris, me détrompa.) Ces trois exemples montrent que l'on ne doit jamais hésiter à pratiquer une biopsie. J'aurais, faute de cette pratique, donné aux familles de ces trois malades, une fausse sécurité.

3^o *On croit à un néoplasme qui n'existe pas.*

Cette erreur est moins grave que la précédente. J'aurais tendance à dire que c'est l'erreur des bons médecins.

J'en ai constaté un certain nombre de cas :

Une fois, j'ai observé un malade nettement dysphagique aux solides, il m'était adressé avec un soupçon de cancer œsophagien. L'œsophagoscopie montra l'absence de toute lésion et je ne remarquai qu'ensuite, à ma confusion, l'absence complète de dents responsable de cet état de choses. Les troubles disparurent par le port d'un dentier convenablement ajusté.

Une fois, une malade me fut adressé sinon avec le diagnostic, tout au moins avec une forte présomption de cancer du cardia. Je trouvai à l'examen un mégaoesophage modéré avec spasme du cardia. Après dilatation forcée aux bougies, de calibre croissant, la dysphagie disparut. j'ai revu cette malade récemment, plus d'un an après le premier examen : elle est bien guérie et a engraisé de plusieurs kilos.

Un autre malade porteur d'un mégaoesophage très développé et dans un état général des plus médiocres, était suspecté de greffe néoplasique en raison précisément de ce mauvais état. L'œsophagoscopie et quelques semaines plus tard l'examen nécropsique montrèrent l'absence de néoplasme.

J'ai signalé au Chapitre de la Radiologie quelques

cas d'erreurs de diagnostic en faveur du cancer reconnus grâce au passage d'un tube.

Deux cas de gros cœur.

Trois cas de tuberculose pulmonaire. Deux fois seulement l'œsophagoscopie donna une explication satisfaisante en montrant une déformation de la lumière refoulée par un élément extérieur. La troisième fois elle n'apporta aucun renseignement, mis à part celui de l'absence de cancer. Ces cas de dysphagie pseudo-néoplasique chez les tuberculeux pulmonaires sont connus. On les interprète tantôt comme des compressions par ganglions (hypothèse exacte probablement dans deux de ces trois cas), tantôt comme des tiraillements ou des compressions par pleurésie médiastines sèche ou avec épanchement.

J'ai signalé dans ce chapitre un cas très curieux. Il s'agissait d'un malade dysphagique depuis deux mois. La dysphagie était à type paroxystique et élevé. La bouchée n'avait pas plutôt quitté la cavité buccale que le malade devait la rejeter. L'examen œsophagoscopique fut négatif. Mais dans les jours qui suivirent, apparurent sur les amygdales des plaques grisâtres qui s'étendirent rapidement, prirent un aspect ulcéreux avec aggravation rapide de l'état général. Le malade fut emporté en une dizaine de jours. L'examen histologique des amygdales révéla qu'il s'agissait de tuberculose aiguë. Notion en concordance avec l'aspect clinique pris dans les derniers jours qui réalisait un syndrome d'Isambert.

J'ai signalé également là un cas très intéressant de faux cancer. L'histoire clinique, l'examen radiologique étaient tout à fait en faveur de ce diagnostic : seule l'œsophagoscopie montra qu'il s'agissait d'une coudure de l'œsophage pour laquelle je n'ai pas trouvé d'explication très satisfaisante.

Deux fois également, l'œsophagoscopie montra l'intégrité de l'œsophage dans sa totalité chez un malade suspecté d'une atteinte néoplasique de ce conduit dans son segment terminal. Un examen radiologique plus serré pratiqué à la suite révéla l'existence d'un cancer de la tubérosité gastrique.

Telles sont les erreurs que j'ai observées dans les cas où l'on croyait à un cancer qui n'existait pas. Chez ces malades fort bien examinés pour la plupart, dans les divers services de l'hôpital Saint-Antoine, j'ai été frappé par l'opposition entre, d'une part le nombre des examens, la peine prise, le temps employé pour arriver à un diagnostic parfois hésitant ou erroné et, d'autre part la simplicité avec laquelle ce diagnostic était redressé par une simple œsophagoscopie.

Au point de vue œsophagoscopique, deux fois seulement, j'ai trouvé des aspects qui m'ont incité à tort à penser à un cancer. Il s'agissait une fois d'un repli muqueux œsophagien justa-cardiaque : je l'ai vérifié par une deuxième œsophagoscopie (qui m'a montré la cicatrice de ma biopsie sur une muqueuse absolument saine) et par l'évolution.

L'autre fois je posai le diagnostic de cancer infil-

trant de la portion terminale de l'œsophage chez un homme porteur d'un léger méga-œsophage : j'observai ce que je prenais pour cette lésion à bout de tube, la crémaillère à bout de course. L'examen de la biopsie répondit « fibres musculaires ». Au cours de la deuxième œsophagoscopie j'usais d'un artifice qui me donna plusieurs centimètres de tube à utiliser, je pénétrais ainsi jusque dans l'estomac et me rendis compte par le siège de la cicatrice de la biopsie que au cours du premier examen, je n'avais pu atteindre qu'un bord de l'anneau musculaire du cardia qui se présentait obliquement.

L'on entend dire souvent qu'un spasme peut à l'œsophagoscopie être pris pour un cancer. Cela me paraîtrait plus vraisemblable si j'avais rencontré des spasmes autre part qu'à la bouche œsophagienne ou *au cardia* : je n'ai jamais constaté semblable éventualité.

Je n'ai jamais eu de même l'occasion de voir des lésions ulcéreuses de nature tuberculeuse, syphilitique ou autre. Ce doivent être là des affections beaucoup plus rares qu'on ne serait tenté de le croire d'après l'importance qu'on leur donne dans la littérature.

Je n'ai pu donc me rendre compte de la difficulté qu'il y aurait à les distinguer d'une ulcération néoplasique.

Je n'ai vu qu'une seule fois une tumeur bénigne de l'œsophage (obs. n° 1) il s'agissait d'un papillome immédiatement sous-jacent à la bouche œso-

phagienne. Le diagnostic me parut évident. La biopsie le contrôla (ce malade avait d'ailleurs un cancer plus bas situé). Mais quelques jours plus tard chez un autre malade, je portais le diagnostic du papillome sur la vue d'une tumeur analogue absolument dans son aspect et l'examen histologique révéla qu'il s'agissait d'un épithélioma spino-cellulaire.

En somme, à la fin de ce chapitre, je ne puis que constater une fois de plus, les résultats remarquables que donne l'œsophagoscopie.

J'ai été frappé également de la rareté des cas où les diagnostics se présentaient comme dans les livres. Le plus souvent j'ai eu affaire à des diagnostics qui peuvent paraître des exceptions. Je n'ai vu que rarement des spasmes orificiels, jamais de spasmes non orificiels, jamais de lésions sténosantes inflammatoires subaiguë ou chronique de nature tuberculeuse ou syphilitique. En somme je n'ai presque jamais eu à éliminer les causes d'erreurs réputées les plus fréquentes.

TRAITEMENT

Je n'ai pas guéri un seul cas de cancer de l'œsophage. J'en ai amélioré quelques-uns temporairement. Je crois en avoir prolongé quelques autres.

Du point de vue thérapeutique je puis diviser les malades que j'ai vus en trois groupes :

1^o Ceux dont l'état général trop grave faisait prévoir une issue fatale à brève échéance : quelques jours. /

2^o Ceux qui avaient un état général moyen ou encore bon avec une sténose très serrée.

3^o Ceux qui avec un état général analogue conservaient une perméabilité œsophagienne permettant au minimum le passage d'une sonde n^o 20 à 22.

1^o MALADES MORIBONDS.

J'en ai vu arriver pour la première fois quatre dans ce cas. Leur cachexie était si avancée que l'on avait l'impression que chaque jour on allait les trouver morts le lendemain matin. Sur ces quatre malades, trois avaient encore cependant une perméabilité œsophagienne suffisante pour avaler

bouillon, œufs, purées claires. Contrairement à l'opinion habituelle je suis persuadé qu'ils ne mouraient pas de faim.

Le quatrième ne pouvait rien avaler. Je fis tenter une gastrotomie à laquelle il succomba en quelques heures.

Les trois premiers eurent pendant la période où ils restèrent dans le service une alimentation au moins équivalente à celle de la moyenne des malades hospitalisés (bouillon, purée, œufs, lait, chocolat, viande hachée ou poudre de viande). L'un mourut dans le service au bout de quinze jours (obs. n° 9). Les deux autres furent emmenés par la famille six et onze jours après leur entrée. Ils succombèrent peu de temps après. A tous ces malades deshydratés je fais faire tous les jours de 500 grammes à un litre de sérum physiologique sous-cutané et de 500 gr. à un litre également de sérum glucosé isotonique intra-rectal en goutte à goutte. Ils reçoivent également de manière systématique de 40 à 80 gouttes de teinture de belladone et jusquiame. Ce médicament doit théoriquement diminuer la part de spasmodicité de la sténose et atténuer la sialorrhée. Il m'apparaît que cette action est réelle.

L'état général de ces malades était trop grave pour tenter quelque chose contre le cancer lui-même.

2^o MALADES EN ÉTAT DE STÉNOSE COMPLÈTE
OU PRESQUE COMPLÈTE.

Je n'ai observé que peu de malades dans ce cas. Je ne fait entrer en effet dans ce cadre que les malades chez lesquels à l'œsophagoscope je ne trouve pas une lumière admettant une sonde n^o 22 à 20 : calibre de la sonde radifère que j'utilise, calibre nécessaire pour contenir un filtre suffisant.

Chez ces malades seuls j'ai fait pratiquer une gastrotomie. Chez deux d'entre eux j'ai pu dans la suite trouver assez de place pour passer une sonde, chez les deux autres cela m'a été impossible. La gastrotomie une fois pratiquée, ces malades ont été traités de la même manière que ceux du groupe suivant.

J'ai eu recours à cette intervention moins souvent qu'il n'est classique. Elle m'est apparue, quelques cas mis à part, inutile puisque je suis parvenu à alimenter de manière suffisante tous mes autres malades. Elle présente un certain risque : deux morts pour cinq gastrotomies (L'un des deux était il est vrai dans un état lamentable). Elle ne m'a pas donné de survie appréciable, deux des opérés sont morts trois à quatre mois après l'opération. Tous deux étaient arrivés à un état de cachexie affreux en dépit de l'alimentation abondante qu'ils recevaient par leur sonde. Une fois j'ai revu un cancer gastrotomisé : en un mois il avait formida-

blement augmenté d'étendue et de volume malgré la « mise au repos de l'œsophage » (n° 20).

3° MALADES A ÉTAT GÉNÉRAL SUFFISANT
ET STÉNOSE MODÉRÉE.

Ils représentent la majorité de ceux que j'ai vus. Ce sont ceux chez lesquels l'œsophagoscopie m'a montré qu'il existait au niveau de la tumeur une lumière œsophagienne suffisante pour admettre une sonde n°s 22 ou 20.

Tous ont évidemment reçu l'association de teinture de belladone et teinture de jusquiame. Toutes les fois que dans la période qui précédait immédiatement l'entrée dans le service il y avait eu une aggravation rapide de l'amaigrissement et de l'asthénie, j'ai reculé un peu la date de la pose d'une sonde radifère pour avoir le temps de remonter un peu ces malades. Il suffit en général de 8-10 jours pour cette période de « retapage » du malade ; temps nécessaire pour avoir la réponse de l'examen histopathologique de la biopsie. Pendant ce temps, le malade est alimenté largement, il reçoit en plus du sérum comme je l'ai indiqué par voie sous-cutanée et intra-rectale, un peu d'huile camphrée, un peu de sérum de cheval par voie buccale. J'ai constamment obtenu ainsi de nettes améliorations de l'état général.

Chez ces malades j'ai eu ensuite recours à la *radiumthérapie*.

J'ai adopté, comme doses, la posologie utilisée dans le service de radiumthérapie du Dr Lapointe à Saint-Antoine : service qui a bénéficié de l'expérience de M. Bensaude. La quantité de radium contenue dans la sonde œsophagienne dégage 4 millicuries par jour. En principe, cette sonde est laissée en place deux à trois jours, dégageant par conséquent 8 ou 12 millicuries. L'application a été répétée toutes les fois que cela a été possible, deux à trois fois pendant une période de trois semaines à deux mois. La sonde radifère est un segment de sonde en gomme placé au niveau de la tumeur sous le contrôle de l'œsophagoscope et maintenu en place par un fil de soie attaché à une dent.

Dose de radium. — La sonde contient au total 22 milligrammes de radium réparti en 4 tubes de 5,5 milligrammes. Chacun de ces tubes dégage une millicurie par jour, l'ensemble de l'appareil donne 4 millicuries en 24 heures.

Son rayonnement est filtré par un filtre en platine de 1,5 millimètre d'épaisseur et par la gomme spéciale qui sert à la fabrication de la sonde.

J'ai adopté ces doses qui peuvent paraître faibles sur les témoignages recueillis dans le service de radiumthérapie que les accidents avec des doses plus fortes avaient été fréquents. Actuellement j'ai l'impression que l'on peut, avec certaines précautions, et en particulier en remontant les malades

avant l'application, utiliser des doses plus fortes. Je vais chez les prochains cancéreux que je verrai modifier ma technique dans ce sens.

Mode d'application. — J'ai adopté pour appliquer le radium au niveau des cancers le segment de sonde en gomme système Bensaude, maintenu par un fil de soie. Il m'a paru longtemps que ce mode d'application était supérieur à la sonde totale en gomme portant le radium à son extrémité.

Pose. — Au point de vue pose : j'ai toujours agi sous le contrôle de l'œsophagoscope, technique la plus sûre pour éviter une fausse route. D'autre part, l'œsophagoscope nécessaire pour placer la sonde permet de contrôler l'état des lésions. Un deuxième examen n'est jamais inutile.

Pour mettre la sonde en place, je n'ai que rarement éprouvé de la difficulté. Le plus souvent cela se fait simplement. J'emploie le tube à crémaillère de Bensaude à manche éclaireur de Brunnings. Lorsque je suis arrivé sur le cancer, après l'avoir examiné avec ce mode d'éclairage, je mets de côté le manche de Brunnings et prend le miroir de Guisez. Pour amener la sonde à sa place, j'emploie une pince de longueur appropriée, à dent de serpent, du modèle Chevalier-Jackson.

Fixation. — La sonde mise en place est maintenue par la pince cependant que l'on retire sous le

contrôle de la vue, le tube de quelques centimètres. A ce moment, l'on ouvre la pince et on la retire complètement après s'être assuré que ses mors sont bien dégagés de la sonde. L'on retire ensuite complètement le tube en ayant soin de ne pas engager le fil de soie dans une de ses encoches de propulsion.

Le fil de soie destiné à amarrer la sonde est fixé à une dent : de préférence incisive de la mâchoire supérieure, en pratique à celle qui reste. Après avoir mesuré par les gradations du tube la distance en centimètres qui sépare la tumeur des arcades dentaires, je fais un nœud sur la soie à une distance de la sonde telle que lorsque ce nœud est au contact des arcades, la sonde soit en place correcte : c'est-à-dire dépasse aussi également que possible le cancer en haut et en bas. En pratique, je fais en sorte que la sonde dépasse en haut les lésions de 3 centimètres environ.

J'ai été gêné deux fois pour fixer le fil par l'absence complète de dents : je l'ai alors simplement noué autour de la tête au-dessus des oreilles, en le fixant par des bandes de leucoplaste. Les deux fois ce mode de fixation a été suffisant pour éviter le rejet de la sonde.

La sonde mise en place et fixée, après avoir expliqué le mode de fixation au malade, je leur recommande de pratiquer le plus possible de mouvements de déglutition et d'éviter d'appuyer avec la langue sur le fil. Les malades comprennent en général bien et supportent leur sonde le temps nécessaire. Deux

fois seulement, elle n'a pu être tolérée du fait des malades : une fois il s'agissait d'un ivrogne invétéré qui ne voulut rien entendre et arracha tout une heure après l'application (obs. n° 10) ; l'autre fois (obs. n° 29), il s'agissait d'un cancer situé immédiatement au-dessous de la bouche œsophagienne, la sonde causa rapidement des quintes de toux incoercibles qui amenèrent son rejet malgré la bonne volonté du malade.

La sonde a été tolérée aussi bien chez les malades non gastrotomisés que chez ceux qui avaient subi une gastrotomie. Je leur ai toujours fait donner du liquide en petite quantité : il passe en général d'une manière suffisante (le lait est évidemment évité). Ils reçoivent également 500 à 1.000 grammes de sérum salé isotonique qui calme leur impression de soif. Enfin une ou deux ampoules par jour de morphine ou autre opiacé aide à dissiper l'angoisse.

Il faut vérifier souvent la tension du fil de soie dont un relâchement signalerait un déplacement de la sonde.

Au début, j'ai contrôlé à la radio la bonne situation des sondes. Ces examens ne m'ont rien appris de plus. Je les ai abandonnés.

En somme la fixation de la sonde, type Bensaude, par un fil de soie, m'a donné satisfaction dans la plupart des cas.

Evidemment l'on est beaucoup plus certain de l'immobilité du radium avec une sonde complète, mais je crains qu'elle ne soit difficilement tolérée.

Les quelques malades atteints de rétrécissement que j'ai traités par cathétérisme dilatateur n'ont jamais consenti à conserver à demeure quelques heures une sonde même très fine. J'ai cependant l'intention d'essayer sous peu ce mode d'application du radium.

Remarque. — Pendant la première année de mon séjour à Saint-Antoine, j'avais la possibilité de conserver dans le service d'O.-R.-L. les malades porteurs d'une sonde radifère. Ils ignoraient toujours qu'ils subissaient une application de radium. Depuis quelques mois, pour des raisons d'ordre administratif, je dois les passer pour la durée de leur irradiation à la salle Curie affectée aux cancéreux. Je déplore cet état de chose. Les malades sont en effet, fixés par leur stage dans ce service sur la nature des lésions dont ils sont atteints. Leur moral en est très fâcheusement affecté. Une fois l'un d'eux et deux fois la famille d'autres, ont résolument refusé de poursuivre le traitement, inutile à leur sens « puisqu'il s'agissait de cancer ».

Accidents et incidents. — La pose de la sonde n'a jamais été la cause d'accidents. Mais en revoyant mes compte rendus, je constate que trois fois j'ai dû la pousser à frottement dur dans la lumière très diminuée de l'œsophage : ce qui m'avait causé de l'inquiétude au sujet de l'intégrité des parois.

La sonde mise en place presque constamment,

les malades éprouvent une angoisse très pénible, surtout depuis qu'on les transporte à ce moment à côté d'autres cancéreux d'aspect et d'odeur souvent repoussants.

Une fois sur quatre environ, dans les heures qui suivent la mise en place du radium (en général le soir, pour une application de la matinée) il se produit une poussée thermique à 39°, parfois 40°. Au début, en présence de ce symptôme, j'enlevais aussitôt la sonde. Actuellement j'attends le lendemain et ne la retire que si la température persiste très élevée et si le faciès du malade devient mauvais. Depuis que j'ai adopté cette ligne de conduite, j'ai vu en général, tout rentrer dans l'ordre sans que l'on touche au radium. Une seule fois je l'ai retirée au bout de 30 heures devant l'aggravation des symptômes. Le malade s'est bien remis. Une nouvelle application pratiquée chez le même malade, deux mois plus tard, ne s'est accompagnée d'aucun incident.

Deux fois les malades sont morts dans les jours qui ont suivi l'application de radium, avec des signes analogues : élévation de température, débutant deux ou trois jours après l'ablation du radium ; altération progressive du faciès ; douleurs situées par le malade dans le dos entre les deux épaules et aussi en arrière du sternum ; vomissements de débris d'aspect sphacélique ; examen physique ne donnant aucun renseignement : durée totale 4 jours environ.

J'ai observé ce tableau deux fois absolument iden-

tique. Une fois, j'ai pu pratiquer l'autopsie. J'ai constaté la présence dans le médiastin de pus fétide. Il n'y avait pas de perforation œsophagienne. Dans les deux cas d'ailleurs, l'œsophagoscopie avait été facile et j'étais absolument certain de n'avoir pas fait de fausse route. Dans les deux cas, j'ai remarqué après coup, que l'examen histopathologique montrait l'atteinte de la couche musculuse de l'œsophage. Cet aspect ne m'a été signalé sur aucun des autres cancers que j'ai traités par le radium et qui n'ont pas succombé à cette irradiation. Il y a donc, me semble-t-il, relation de cause à effet, entre l'atteinte de la musculuse et la médiastinite. Il me paraît logique d'admettre que cette portion de paroi œsophagienne altérée où par endroit le cancer remplace le muscle, subit sous l'action du radium des perforations microscopiques par destructions des cellules cancéreuses : d'où infection médiastinale. Cette interprétation est d'autant plus vraisemblable que le début des accidents est retardé.

J'ai donné le compte rendu de l'examen histologique de ces deux cas dans le chapitre d'anatomie pathologique. Depuis, j'en ai rencontré un troisième, je ne lui ai pas fait de radium.

Résultat. — De façon constante, j'ai observé dans les jours qui ont suivi l'application de radium, une diminution de la dysphagie. Cette amélioration est incontestable. Parfois une deuxième application

amène une nouvelle amélioration. Parfois elle ne modifie rien. Je n'ai jamais observé d'aggravation.

L'amélioration a été le plus souvent légère : par exemple possibilité d'avaler de la viande hachée chez un malade qui ne pouvait déglutir que des purées. Dans quelques cas elle a été plus nette : retour à une alimentation normale, sauf le pain. Dans un cas j'ai assisté à la disparition complète de la dysphagie.

Cette amélioration est passagère, elle a duré de un mois à huit mois : en moyenne 4 à 5 mois. Mais mon expérimentation est de date trop récente pour que j'insiste.

Les malades les plus anciens qui sont revenus avaient été irradiés de 4 à 8 mois auparavant. La nouvelle application qu'ils ont subie leur a donné toujours une atténuation de la dysphagie, mais moins marquée que la première fois.

Au point de vue œsophagoscopie je n'ai constaté qu'une seule fois la disparition complète d'une tumeur. Il s'agissait d'un épithélioma cylindrique. Dans tous les autres cas que j'ai revus, il y avait une modification de la tumeur, mais d'importance variable. Le cancer est moins saignant, moins volumineux, moins coloré, surtout il paraît avoir perdu sa friabilité : lorsqu'on pratique à son niveau une biopsie, on n'a pas cette impression caractéristique, on ne ramène que le fragment pris à l'intérieur de la pince.

Au point de vue histologique, les examens prati-

qués sur des tumeurs irradiées quelques mois auparavant ont toujours montré jusqu'à maintenant, un épithélioma du type initial, mais je n'ai que quelques examens de cet ordre.

Au point de vue de l'état général, j'ai eu plusieurs fois l'impression (obs. n^{os} 30, 22, 15) dans les jours qui suivirent l'application de radium, d'une aggravation marquée : les malades maigrissaient et prenaient une teinte jaune paille. Toutes les fois ils ont surmonté cette crise de dépression et ont repris leur état précédent.

Réflexions. — En somme, au point de vue thérapeutique, je n'ai eu qu'un beau résultat, incomplet d'ailleurs (obs. n^o 14). Dans tous les autres cas je n'ai eu que des améliorations plus ou moins transitoires.

Cependant, je trouve dans ces maigres résultats de bonnes raisons d'espérer.

En effet, j'ai observé cliniquement et à l'œsophagoscopie des modifications incontestables quoique légères du cancer dans un sens favorable. Il s'agissait toutes les fois de cancer très évolué. Il n'est pas illogique de supposer que ce même traitement appliqué à un cancer tout au début, donne des résultats supérieurs, plus durables sinon définitifs, comparables à ceux que l'on a observés pour le cancer du col de l'utérus.

Pour terminer, j'insisterai donc à nouveau sur l'utilité d'un diagnostic extrêmement précoce que

seul peut permettre l'œsophagoscopie. C'est là la condition nécessaire pour obtenir, peut-être, un résultat satisfaisant par la radiumthérapie ou pour tenter dans quelques cas une exérèse.

* * *

NOTE. — J'ai fait injecter par voie veineuse à plusieurs malades des solutions de chlorophille, considérée tout d'abord comme catalyseur des radiations du radium dont elle faciliterait la fixation sur le cancer. Plus récemment, la chlorophille avait été précédemment irradiée elle-même, Ces injections ont été associées dans le premier cas à l'application de radium. Dans le deuxième cas, elles ont été utilisées à l'état isolé.

Cette méthode de traitement est trop récente pour que je puisse avoir une idée sur ses possibilités.

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° I.

M. C. L..., 56 ans, ouvrier d'usine, entre dans le service d'O.-R.-L. envoyé de médecine le 12 janvier 1931 pour vérification d'un diagnostic de cancer œsophagien.

Bon aspect général, faciès coloré, grand buveur.

Dysphagie à début insidieux fixé à huit mois environ, évolution progressive, pas de rémission. Se nourrit de purées et de viande hachée.

Sialorrhée très nette. Pas de fétidité de l'haleine.

Pas de ganglion sus-claviculaire.

Amaigrissement total de 9 kilos dont 6 dans les deux derniers mois.

La radioscopie montre une sténose légère à la partie moyenne de l'œsophage.

Œsophagoscopie le 13 janvier 1932.

1° Tumeur bourgeonnante de la bouche œsophagienne d'aspect bénin. A l'examen histologique papillome.

2° Tumeur ulcéro-végétante à 27 centimètres des arcades sur la face antérieure.

Biopsie : épithélioma malpighien à tendance spino-cellulaire, stroma en réaction inflammatoire subaiguë.

Le 28 janvier 1931, pose d'une sonde radifère laissée en

place deux jours, bien supportée (8 millicuries). Amélioration légère de la dysphagie.

Sorti le 5 février 1931, pas de nouvelles depuis.

OBSERVATION N° 2.

M. C. J..., 72 ans, est adressé au service O.-R.-L., par consultation de la porte.

Début il y a huit mois par un accident paroxystique une bouchée de pain n'a pu passer, a été rejetée après quelques minutes d'angoisse douloureuse. Quelques jours après, a remarqué une gêne au passage des bouchées un peu volumineuses.

Actuellement, a complètement supprimé pain et viande, ne prend que des purées claires et des liquides.

Se plaint d'une douleur rétro-médio-sternale.

Pas de siallorrhée, pas de ganglions.

A maigri de 20 kilos environ. Surtout depuis trois mois

A la radioscopie déformation de l'image œsophagienne en arrière de l'ombre aortique, sans stase véritable.

Œsophagoscopie le 17 février 1931 Passage facile. A 27 centimètres sur le bord gauche, cancer bourgeonnant type du petit volume (une demi-mûre), Le tube peut passer au delà.

Biopsie : épithélioma malpighien spino-cellulaire.

Le 25 février 1931 mise en place d'une sonde radifère enlevée le soir même en présence d'une élévation de température à 40°.

Le 18 mars 1931, nouvelle application de radium : 8 millicuries, en deux jours sans incident. Légère amélioration de

la dysphagie, ne peut cependant avaler pain et viande.

Revu le 4 mai 1931. Le néo est peu modifié, peut être moins friable. Radium 48 heures : 8 millicuries.

L'état général s'aggrave dans les jours qui suivent. Le malade se remet, sort une dizaine de jours plus tard en bon état.

Mort en juillet 1931, cachectique sans dysphagie plus marquée.

OBSERVATION N° 3.

M. L. F..., 73 ans, vient consulter directement au O.-R.-L. Début il y a six mois, pas net.

Dysphagie progressive, s'alimente péniblement avec purées, compotes et surtout lait.

A maigri de 12 kilos environ depuis le début.

Pas de douleur à la déglutition, pas de siallorrhée. Pas de ganglions sus-claviculaires.

La radio montre un arrêt de la baryte à la partie moyenne de l'œsophage avec déformation de l'ombre.

Œsophagoscopie le 5 mars 1931. On doit cocaïner la bouche à nouveau pour pouvoir passer le tube. A 28 centimètres néo-ulcéro végétant occupant le bord gauche et débordant sur les deux faces. La lumière est réduite au dixième environ de son calibre normal.

Biopsie : épi. intermédiaire à tendance spino-cellulaire. Réaction inflammatoire subaiguë du chorion.

Le 17 mars 1931, mise en place d'une sonde radifère laissée 48 heures sans incident.

Dans les jours qui suivent, le malade déclare avaler plus facilement. L'amélioration porte davantage sur la vitesse

de déglutition que sur la consistance des aliments susceptibles d'être déglutis.

Sort le 5 avril 1931. Plus de nouvelles.

OBSERVATION N° 4.

M. P. G..., 71 ans. Est envoyé par un service de médecine pour contrôle d'un diagnostic de néo.

Début il y a huit mois par arrêt brusque d'une bouchée de viande. Evolution irrégulière depuis, mais progressive dans l'ensemble. Actuellement avale difficilement purées et pâtes.

Siallorhée. Haleine fétide. Amaigrissement de 11 kilos. Pas de ganglions sus-claviculaires.

La radioscopie montre une sténose modérée de la partie moyenne de l'œsophage.

Oesophagoscopie 13 juillet 1931. A 27 centimètres tumeur ulcéro-végétante de la face postérieure de l'œsophage. Base largement indurée. Les deux tiers du calibre de l'œsophage sont encore utilisables.

Biopsie : épi. malpighien à tendance spino-cellulaire.

Radium, 8 millicuries. Amélioration légère.

Revu en novembre 1931, s'alimente un peu plus facilement que lors de sa précédente visite mais son état général décline.

OBSERVATION N° 5.

M. N. P..., 67 ans, envoyé par médecin de ville.

Début il y a 8 mois. Après une grippe n'a pu reprendre son alimentation que partiellement. Depuis évolution pro-

gressive. Dysphagie très marquée. Avale encore un peu de purée mais avec beaucoup de peine et de lenteur.

Pas de douleur à la déglutition : douleur inter-scapulaire.

Siallorhée abondante, fétidité de l'haleine marquée (chicots) très gros amaigrissement, environ 20 kilos. Deshydratation. Très mauvais état. Pas de ganglions.

Radio pose le diagnostic de sténose néoplasique. Œsophagoscopie le 20 juillet 1931. A 32 centimètres tumeur ulcéro-bourgeonnante de la face antérieure débordant sur les deux bords. Cette ulcération est surélevée : sa base indurée la dépasse en tous sens, et fait le tour de l'œsophage. La lumière est réduite au calibre d'un filiforme et refoulée en arrière.

Biopsie. Epi. épidermoïde.

Gastrostomie : Mort le deuxième jour.

OBSERVATION N° 6.

M. P. J..., 64 ans. Carrier. Est envoyé par un médecin de la banlieue. N'a été vu que quelques jours auparavant.

Depuis plus d'un an, dysphagie à début insidieux et à évolution progressive à peu près régulière. En est arrivé à ne pouvoir ingérer que des liquides, purées, compotes. Attribuait ses troubles à sa mauvaise dentition.

Pas de douleur. Siallorhée. Haleine fétide. Pas de ganglions. Amaigrissement de 10 kilos. Aspect de mauvais terrain.

Avoue syphilis, alcoolisme, tabagisme.

Pas de radio.

Œsophage 14 septembre 1931. A 27 centimètres, tumeur

bourgeonnante, grosse comme un gros grain de raisin, développée sur la paroi antérieure de l'œsophage. Saignant abondamment, très friable.

Biopsie : Epi. malpighien, à tendance spino-cellulaire.

Radium, 8 millicuries sans incident notable. Le malade accuse une amélioration qui est en réalité très légère.

Revu en novembre 1931 : même état.

Mort vers le 10 décembre 1931.

OBSERVATION N° 7.

M. L. A..., 69 ans, boulanger. Est envoyé d'un service de médecine.

Début il y a un an : brusque. A fait une crise d'occlusion œsophagienne. Depuis les aliments solides ne passent plus. Une bouchée de pain ou de viande est rejetée presque immédiatement.

La dysphagie ne s'est guère modifiée depuis.

Pas de siallorhée. Pas de ganglions.

Bon aspect, mais amaigrissement de 8 kilos.

Avoue alcoolisme.

La radioscopie montre une sténose rétro-aortique avec défilé sous-jacent tortueux.

Œsophagoscopie 23 septembre 1931. Tumeur ulcéro-végétante. A base infiltrée, occupant la moitié gauche de l'œsophage à 28 centimètres.

Biopsie. Epi. spino-cellulaire.

Radium : 8 millicuries en 48 heures bien supportés.

Revu en novembre 1931. Radium, à nouveau 8 millicu-

ries. Etat général très éprouvé par cette deuxième application.

Revu fin décembre 1931. Bon état (A peu près celui du mois de septembre). S'alimente à peu près de la même manière.

Décédé en mars 1932.

OBSERVATION N° 8.

M. F..., 65 ans, est envoyé par un médecin de la banlieue le 16 octobre 1931.

Géné pour avaler depuis six mois.

Début par accident paroxystique : « a avalé de travers » une bouchée de pain plusieurs fois en un mois ; puis a dû mastiquer longtemps pain et viande.

Evolution progressive depuis. Se nourrit de purées, lait, qu'il prend en grande quantité et sans peine.

Siallorhée. Pas de ganglions sus-claviculaires.

Homme petit, coloré ; a maigri (6 kilos), mais n'est pas cachectique.

Examen radiologique en ville : « pas d'obstacle œsophagien ».

Œsophagoscopie le 17 octobre 1931. Introduction facile, salive très abondante que l'on doit aspirer. Œsophage cervical normal à tous points de vue.

A 27 cm., sur la paroi antérieure, masse grosse comme un gros pois : arrondie, lisse, de coloration rouge un peu plus foncé que la muqueuse œsophagienne, reliée à l'œsophage par un pédicule équivalent au quart environ de son diamètre, mobile, ne saigne pas, paraît dure. Donne l'im-

pression d'un polype fibreux. La muqueuse œsophagienne au niveau de son implantation est normale et ne paraît pas indurée. L'on pousse facilement le tube au delà.

A 30 cm., sur la paroi antéro-latérale droite, une deuxième tumeur comparable absolument à la précédente : toutefois plus allongée et moins finement pédiculée ; son implantation œsophagienne ne paraît pas non plus s'accompagner d'infiltration de la muqueuse. On la franchit aisément.

A 37 cm., la lumière est au deux tiers occupée par une masse développée sur la moitié gauche de l'œsophage. Le tube bute sur cette masse très dure. La muqueuse qui la recouvre est rougeâtre et paraît faire corps avec elle comme si elle avait été écrasée. Impression de cancer infiltrant.

Biopsie sur chacune des trois tumeurs, examinée par le Dr Delarue dans le laboratoire du professeur Bezançon.

1° Tumeur de 27 cm. Epi. spino cellulaire typique. Stroma, réaction du type inflammatoire exsudatif avec œdème dissolvant les éléments musculaires et infiltration leucocytaire dans laquelle prédomine les leucocytes polynucléaires.

2° Tumeur à 30 cm. Même aspect de l'épi. spino cellulaire avec réaction très intense du chorion et réaction inflammatoire exclusivement plasmocytaire.

3° Tumeur à 37 cm. : leucoplasie.

Le 27 octobre 1931, le malade qui avait quitté l'hôpital revient.

Œsophagoscopie le 3 novembre 1931 : lésions identiques. Mise en place d'une sonde radifère laissée trois jours (12 millurics), très bien tolérée.

Le 8 novembre, la température commence à s'élever, atteint par paliers 40° le 10. Le faciès s'altère, pas de signes

à l'auscultation. Rien à l'inspection ni à la palpation. Vomissements d'odeur sphacélique.

Le 11 novembre 1931 est emmené par sa famille et meurt dans la voiture d'ambulance.

OBSERVATION N° 9.

M. J. J..., 73 ans, sans profession. Est passé d'un service de médecine le 6 novembre 1932.

Dysphagie depuis 7 mois : se nourrit de demi-solides.

Malade très fatigué, teint jaune paille léger. Impression de cancéreux très avancé. Très amaigri, absolument cachectique.

Pas de siallorhée. Pas de ganglions sus-claviculaires.

Dans le corps thyroïde, un noyau dur pris un instant pour un cancer.

Radioscopie : n'a donné aucun renseignement.

Œsophagoscopie : passage facile. Les parois œsophagiennes un peu pâles paraissent épaissies mais sont souples. La lumière œsophagienne est béante devant le tube : en somme, léger degré de méga-œsophage. A 38 cm., sur le bord gauche, plaque de leucoplasie évidente. La muqueuse sur laquelle elle repose paraît légèrement infiltrée. Le tube passe très facilement au delà. Pas de spasme du cardia.

Biopsie. Hyperplasie considérable de l'épithélium malpighien, effondrement en un point de la couche des cellules basales. Prolifération malpighienne dans le chorion. Atypies cellulaires. Signes histologiques certains d'épi. à tendance spino-cellulaires.

Le malade continue à décliner malgré une alimentation abondante et meurt 15 jours plus tard.

OBSERVATION N° 10.

M. G. F..., 66 ans, alcoolique avéré. Grand, gros, d'aspect floride est envoyé par un médecin de ville.

Début il y a dix mois par une crise d'occlusion œsophagienne complète qui a duré deux jours. Depuis évolution progressive dans l'ensemble avec parfois crises paroxysmiques. Est réduit aux demi-solides.

Douleur médio-sternale. Pas de siallorhée.

Pas de ganglions sus-claviculaires. Amaigrissement de 10 kilos.

Radioscopie : n'a donné aucun renseignement.

L'œsophagoscopie le 6 novembre 1931. On doit cocaïner fortement la bouche pour passer. A 25 cm., tumeur d'aspect bourgeonnant sur base largement infiltrée de la face postérieure de l'œsophage.

Biopsie. Spino cellulaire à globes cornés et parakératosisques. Stroma en réaction inflammatoire subaiguë.

Le 23 novembre 1931 pose d'une sonde radifère. Le malade l'arrache une heure après. Sort le lendemain sur sa demande. Jamais eu de nouvelles.

OBSERVATION N° 11.

M. C. A..., 46 ans, cultivateur. M'est adressé avec le diagnostic de diverticule œsophagien. Début deux mois auparavant, insidieux. Depuis, dysphagie rapidement progressive avec régurgitations. Douleur cervicale basse à type de distension. Rien à la palpation. Pas de ganglions sus-claviculaires. Pas de siallorhée. Amaigrissement de 8 à 10 kilos,

Radioscopie : impression de déformation de l'image œsophagienne, vérifiée par des radiographies.

Œsophagoscopie, 12 novembre 1931. Tumeur bourgeonnante, saignante du bord gauche de l'œsophage occupant la moitié de la lumière.

Biopsie. Epi. malpighien avec présence de quelques globes épidermiques, parakérotosiques. Stroma en réaction inflammatoire aiguë. Œdème. Polynucléaires. Le 27 novembre le malade que sa famille avait emmené revient en état de dysphagie complète.

Œsophagoscopie : la lumière est absolument comblée par le cancer.

Gastrotomie le 28 novembre. Suites, un peu pénibles.

Le 4 janvier 1932 œsophagoscopie : plus de lumière visible, passage d'une sonde radifère à frottement dur. Le lendemain 39°, le surlendemain 40°, : on enlève la sonde, le malade n'a donc reçu que 5 millicuries.

Quitte l'hôpital le 10 janvier 1932. Revient le 15 février 1932. Très bon aspect. A engraisé de 4 kilos. S'alimente par les voies naturelles autant que par sa sonde. Refuse une nouvelle application de radium.

Mort vers le 18 avril 1932 absolument cachectique quoique jusqu'au bout il ait été alimenté abondamment par sa sonde et ait conservé une certaine perméabilité œsophagienne.

OBSERVATION N° 12.

M. P. H. ..., 59 ans, est envoyé d'un service de médecine de Saint-Antoine pour vérification de diagnostic de cancer et traitement.

Fatigué, air vieux, très pâle. Début il y a un an. Très peu de troubles pendant six mois. Depuis six mois, aggravation progressive de la dysphagie : ne peut avaler que des purées très claires. Siallorhée. Amaigrissement 6 kilos, pas de ganglions.

N'avoue ni syphilis, ni alcoolisme.

Radiologie : obstacle bas situé, ralentissement net du passage de la baryte.

Oesophagoscopie le 2 décembre 1931. Facile (les deux incisives supérieures manquent). Oesophage peu coloré, atone, très large : léger degré de méga-œsophage. A 37 cm. masse implantée sur la paroi latérale droite, dure, saignante, sans bourgeon. bombant dans la lumière qu'elle comble presque en totalité. Cancer du type infiltrant.

Biopsie : épi. cylindrique typique dont les formations se voient sous une leucoplasie avec hyperacanthose et hyperkératose considérables. L'origine de cet épithélioma se trouve sans doute dans les glandes du cardia.

Gastrostomie à l'anesthésie locale : mort le troisième jour

OBSERVATION N° 13.

M. D. L... 46 ans, envoyé le 5 janvier 1932 pour dysphagie durant depuis 4 mois. Début insidieux. Evolution rapidement progressive ; le malade a l'impression que les aliments solides ne peuvent quitter la cavité buccale. Les aliments mous peuvent être déglutinés, mais leur déglutition provoque une douleur vive à la base du cou, accompagnée parfois de toux paroxystique.

Radiologie : ne montre aucun obstacle.

Le malade est très fatigué mais peu amaigri. Pas de ganglions. Pas de siallorrhée. Syphilis avouée : traitée assez sérieusement.

Oesophagoscopie : tumeur ulcéro-bourgeonnante de la lèvre antérieure de la bouche œsophagienne évidemment cancéreuse.

Biopsie. Pas d'image de néoplasie sur le fragment examiné.

Leucoplasie.

La famille de ce malade et son médecin se sont opposés à une deuxième biopsie et à toute tentative de traitement.]

Au mois d'avril 1932 son état s'était considérablement aggravé et on envisageait sa mort comme imminente.

OBSERVATION N° 14.

M. L. C..., 54 ans, boulanger.

Début en mars 1931, insidieux.

Dysphagie progressive, en décembre 1931 ne peut avaler que de faibles quantités de bouillon et a maigri de 45 kilos.

Entre le 5 décembre 1932 dans le service du Dr Ramond où l'on contrôle radiologiquement l'existence d'une sténose œsophagienne. Passé d'urgence en chirurgie il est gastrotomisé.

Après cette intervention on l'adresse au service d'O.-R.-L. Le 11 janvier 1932, état très médiocre, il prétend cependant aller mieux.

La peau de son ventre et de ses membres paraît flotter.

Ses fosses temporales sont extrêmement excavées.

Il se nourrit exclusivement par sa sonde. Lorsqu'il essaye

d'avaler une gorgée de liquide il ressent une douleur rétro-sternale à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur du sternum et rejette le liquide peu après.

Salivation abondante. Régurgitations salivaires avec quelques filets de sang de temps en temps.

Oesophagoscopie facile le 11 janvier 1932. A 27 centimètres des arcades masse implantée sur le bord gauche de l'œsophage et débordant légèrement sur la face postérieure. Le pédicule est égal à la moitié du diamètre de la tumeur et occupe environ un sixième du pourtour œsophagien. Aspect mamelonné : une vingtaine de gros bourgeons, rouge vif, aspect lisse, saigne abondamment, paraît molle. La muqueuse œsophagienne au niveau de l'implantation de la tumeur et sur la portion voisine de la face antérieure paraît figée. La biopsie ramène de très gros fragments, friabilité extrême, hémorragie abondante.

Examen histologique (Dr Delerue) épi. cylindrique à petites cavités glanduliformes de type gastrique, forme très rare développée sur un flot hétérotopique de muqueuse à type gastrique de l'œsophage.

Application du radium par le procédé habituel (8 millicuries) après quoi son état général s'améliore, il reprend 6 kilos. La dysphagie persiste. Du 18 février au 5 mars, il subit neuf injections intraveineuses de chlorophille. Pas de modifications de la dysphagie : la déglutition des liquides s'accompagne de douleurs localisées cette fois au creux épigastrique.

Le 5 mars œsophagoscopie : à 27 centimètres la tumeur a complètement disparu. Son point d'implantation a un aspect pâle, cicatriciel et paraît adhérer dans la profondeur : la

muqueuse de la face antérieure bridée par cette adhérence décrit un repli falciforme souple que l'on franchit aisément. L'on s'arrête à 35 centimètres.

La dysphagie persistant l'on demande un examen radiologique qui révèle un arrêt sus-cardiaque à peu près complet.

Le 19 mars, œsophagoscopie : à 39 centimètres, masse bourgeonnante occupant la face antérieure et les bords de l'œsophage : la lumière, réduite à son dixième est refoulée très en arrière. La masse est rouge, molle, saignante, friable.

Biopsie : épi. cylindrique à petites cavités réalisant la même image. Stroma en réaction inflammatoire subaiguë à prédominance plasmocytaire avec prolifération fibreuse,

En un mois le malade subit deux applications de radium à ce niveau, en tout 16 millicuries.

Le 27 avril 1931, il revient, va bien, bon aspect, a pris 4 kilos (71 kilos), plus de dysphagie. S'alimente uniquement par les voies naturelles : viande, poisson, légumes, pain. Il réserve la sonde de gastrostomie pour les médicaments.

En juin le même état persiste : 72 kilos.

En septembre 1932, bon état général. Même poids mais la dysphagie est réapparue : le pain et la viande ne passent plus qu'en toutes petites bouchées.

Le 12 septembre, œsophagoscopie : à 27 cm. même aspect, avec peut-être plus de souplesse des parois.

A 37 cm., gros bourgeon, implanté sur le bord gauche et occupant le tiers de la lumière ; coloration analogue à celle de la muqueuse voisine. N'est pas dur, saigne peu. La muqueuse œsophagienne est molle et ne semble pas infiltrée. Une biopsie montre seulement « des dépressions

glandulaires ou îlots glandulaires en voie de métaplasie malpighienne : sans signe absolument certain d'épi ».

Le 25 septembre, œsophagoscopie : même aspect. Biopsie (épi. du même type que le précédent mais tendant à prendre une morphologie beaucoup plus atypique. Stoma nécrotique et œdémateux, infiltré de polynucléaires : défavorable. »

Mise en place de radium. Laissé 48 heures : 8 millicuries.

Le malade sort au bout de 10 jours : sa dysphagie a disparu à nouveau. Il paraît cependant un peu fatigué.

Revu le 15 octobre, bon aspect, 71 kilos. Il peut manger de tout en mastiquant bien. N'utilise toujours sa sonde que pour les médicaments.

Revu le 29, très bon état général. même poids, la viande et le pain ne passent plus.

OBSERVATION N° 15.

M. C. F., 66 ans, malade dysphagique depuis plus d'un an (traité comme anorexique), Début insidieux. Evolution progressive, dans l'ensemble, avec une période de stabilisation de six mois qui a cessé il y a deux mois.

Actuellement ne peut avaler que des purées très claires en petite quantité et des liquides. Douleur à la déglutition située par le malade à la partie moyenne du cou et à gauche. Siallorhée et fétidité de l'haleine.

Malade petit, d'aspect congestif, encore gros, quoiqu'il ait beaucoup maigri (10 à 15 kilos) : impression de mauvais terrain.

Œsophagoscopie : le 5 mars 1932 : pénible car n'ouvre

pas la bouche et a des incisives longues. A 19 cent. masse cancéreuse de la face antérieure : aspect ulcéro-végétant, déborde légèrement sur les deux bords. Lumière très large encore.

Biopsie. Epi. malpighien spino-cellulaire à globes épidermiques cornés. Stroma réaction inflammatoire subaiguë intense.

Application de radium le 9 mars 1932 : 8 millicuries ; sept injections intra-veineuses de chlorophile.

Amélioration nette de la dysphagie. Sort le 20 mars.

N'est pas revenu comme on le lui avait recommandé pour une nouvelle application. Le 10 mai était encore bien.

OBSERVATION N° 16.

M. D. E., 56 ans, malade traité dans un autre hôpital déjà gastrostomisé et traité par le radium à trois reprises (un de mes externes qui le connaît me demande de faire une œsophagoscopie).

Début il y a un an. Gastrostomie depuis 4 mois. Ne prend rien par les voies naturelles. Les liquides peuvent cependant passer. Malade extrêmement amaigri mais ne s'alimente pas autant qu'il le pourrait. Ganglion sus-claviculaire.

Œsophagoscopie : A 35 cm. masse annulaire, aspect typique du néo, mais saignant peu. La sténose paraît à peu près complète. Je ne puis passer une sonde n° 10.

Biopsie. Ne montre qu'une inflammation subaiguë du chorion.

Je n'ai pas eu l'occasion de pratiquer une nouvelle biop-

sie pour contrôler si l'absence de formations néoplasiques était due au siège de la coupe ou aux irradiations.

OBSERVATION N° 17.

M. T. C., 69 ans, mécanicien. Adressé au service pour traitement par une consultation d'O. R. L. qui ne possède pas de radium. Malade fatigué, paraît très amaigri (15 kilos). Début il y a plus d'un an, progressif. Evolution avec des alternatives de mieux et d'aggravations. Actuellement ne peut avaler que des liquides peu *consistants*. Pas de sialorhée. Régurgitation lorsqu'il prend des liquides en trop grande quantité à la fois. Pas de douleur. A été œsophagoscopé 8 fois.

Le 20 avril 1932. Œsophagoscopie. L'œsophage paraît un peu élargi. A 27 cm. masse bourgeonnante implantée sur le bord gauche et oblitérant plus qu'au 2/3 la lumière. Aspect de cancer évident.

Biopsie. Epi. spino cellulaire à globes épidermiques cornés, d'ailleurs atypique du type muqueux. Les éléments épithéliomateux apparaissent sur le fragment biopsié, développés en plein tissu musculaire et entraînent la dégénérescence des fibres musculaires. Stroma en réaction fibreuse par place, œdème et réaction inflammatoire du type aigu du chorion à distance de la tumeur

Pose d'une sonde radifère : la sonde engagée des deux tiers de sa longueur bute sur un obstacle dur. Je ne pousse pas, pensant qu'il y a au-dessous une sténose plus marquée due peut-être à un deuxième cancer. La sonde dépasse largement la tumeur mais est bien fixée. On la laisse en place 48 heures : 8 millicuries. Pas d'incident.

Trois jours après l'ablation de la sonde, élévation de la température, altération du faciès, vomissements d'odeur sphacélique, aucun signe d'examen clinique. Le malade meurt le cinquième jour.

Autopsie : le médiastin contient une grande quantité de pus d'odeur putride. L'œsophage est entouré de volumineux ganglions qui lui adhèrent intimement. Œsophage et trachée ne font qu'un bloc. Pas de perforation œsophagienne visible. L'œsophage ouvert montre un seul cancer étendu sur 15 cm. : le bourgeon vu à l'œsophagoscope n'en est que la portion supérieure ; au dessous le cancer est à peu près circulaire ne respectant qu'une mince portion du bord droit le long duquel se glissait la lumière extrêmement diminuée.

OBSERVATION N° 18.

M. X. A., 62 ans. Malade envoyé par la consultation de médecine. Début il y a sept mois (traité pour troubles gastriques) par dysphagie parosystique. Actuellement dysphagie modérée, n'a exclu de son alimentation que la viande. Il arrive à déglutir le pain après l'avoir longuement mastiqué. Pas de douleurs. Pas de siallorhée. A maigri de 4 à 6 kilos, surtout depuis un mois. Un ganglion susclaviculaire. Avoue syphilis et alcoolisme.

Radiologie : Ne conclut pas fermement à une sténose de la partie moyenne.

Œsophagoscopie le 19 mai 1932. A 28 cm. masse d'aspect néoplasique implantée sur le bord gauche. Néo type bourgeonnant occupant un tiers de la lumière.

Biopsie : Spinocellulaire.

Le 2 juin 1931. On pousse le tube un peu au-delà de la tumeur déjà vue et l'on arrive sur une portion du cancer beaucoup plus développé qui est presque exactement circulaire : A 30 cm. la lumière est ponctiforme : impossible à cathétériser.

Gastrostomie : Bonnes suites, est sorti de chirurgie sans revenir en O. R. L. est encore vivant mais n'avale plus rien par les voies naturelles.

OBSERVATION N° 19.

M. K. J., 70 ans. Envoyé par la consultation de médecine, dysphagie depuis 7 mois qui s'est installée progressivement et a évolué avec de courtes périodes d'exacerbation (en rapport net avec des émotions). Le malade se nourrit uniquement de purées et de lait. Le passage des aliments s'accompagne d'une gêne rétro-sternale et d'irradiations douloureuses inter-scapulaires. Pas de régurgitations alimentaires. Siallorhée très abondante et régurgitations salivaires.

La radiologie montre un obstacle en arrière de la base de l'aorte : la baryte s'écoule ensuite par un défilé tortueux : au bout de 30 minutes il en reste encore dans l'œsophage supérieur.

amaigrissement de 5 kilos dans les trois derniers mois.

Le 27 mai 1932 œsophagoscopie. Pénible, car grosse saillie du chaton cricoïdien. Néo bourgeonnant implanté sur la paroi postérieure à 29 cent.

Biopsie. Epi. malignien spino-cellulaire, avec kératinisation. Stroma fibreux, Mise en place d'une sonde radifère le

6 juin 1932 : 48 heures : 8 millicuries. Le malade est amélioré dans sa dysphagie. Quitte l'hôpital. Un mois plus tard commence à décliner ; meurt vers le 15 septembre dans un état de cachexie très marquée.

OBSERVATION N° 20.

M. C. H., 64 ans. Est envoyé pour contrôle de diagnostic et traitement par un service de médecine. Début il y a six mois, pendant trois mois poussées de dysphagie paroxystique durant de un à trois jours. Depuis trois mois dysphagie continue et progressive : se nourrit actuellement de bouillon, lait, purées. Sensation d'arrêt non douloureuse localisée au creux épigastrique. Amaigrissement de 35 kilogs. Pas de siallorhée.

Oesophagoscopie le 11 juin 1932. Gêné par une saillie cervicale. A 38 cm. masse implantée sur le bord gauche, occupe la moitié de la lumière : aspect de néo bourgeonnant.

Biopsie : Hyperplasie malpighienne avec réaction inflammatoire.

Gastrostomie : bonnes suites.

Le 15 juillet 1932 le malade s'est remonté ; nouvelle oesophagoscopie, passage très facile : à 30 cm. masse pédiculée implantée sur la face antérieure donnant l'impression d'un bourgeon inflammatoire mais saignant très facilement. A 35 cm. la lumière est comblée entièrement par une masse qui réalise l'aspect d'un cancer bourgeonnant typique. Lumière réduite à un fin pertuis où il est impossible de glisser une sonde.

Biopsie : Tumeur à 30 cm. épi. malpighien atypique avec cependant tendance à la formation de globes épidermiques. Stroma nécrotique congestif, défavorable. A 35 cm. pas d'aspect de néoplasie sur la coupe. Mort le 15 septembre 1932.

OBSERVATION N° 21.

M. C. J.-B..., 63 ans, tourneur. Vient consulter directement en O.-R.-L. Est gêné depuis 4 à 5 mois d'une manière intermittente. Depuis un mois dysphagie qui s'aggrave rapidement et progressivement. Il avale une gorgée d'eau après chaque bouchée. Chaque tentative de déglutition d'une bouchée un peu consistante s'accompagne d'une régurgitation immédiate qui provoque le rejet d'une grande quantité de salive avec parfois quelques filets de sang. Siallorrhée très abondante. Pas de ganglions. Amaigrissement de 10 kilos en un mois.

Radiologie : Montre un obstacle œsophagien haut situé.

Œsophagoscopie le 24 juin 1932. A 24 cm. tumeur ulcéro-végétante implantée sur la face antérieure de l'œsophage, débordant sur les deux bords.

Biopsie. Epi. malpighien spino-cellulaire un peu atypique.

Le 5 juin mise en place de radium, 48 heures, 8 millicuries. Amélioration de la dysphagie qui perd son caractère paroxystique. Le malade a écrit au début d'octobre, date à laquelle il devait revenir. Il annonçait sa venue pour le début de novembre.

OBSERVATION N° 22.

M. L. A., ébéniste, 63 ans. Vient consulter pour des crises de dysphagie avec dyspnée. Début il y a six ans : depuis a des crises au cours desquelles seule la déglutition des liquides est possible : parfois même rien ne passe. Ces crises durent de 2 à 5 jours, suivies d'accalmie de trois semaines à deux mois, au cours desquelles la déglutition est normale. Les crises sont provoquées par le froid, les émotions. A été traité par des sédatifs du système nerveux. Actuellement, crises plus fréquentes : deux fois par semaine environ. Douleur à la base du cou. Souvent en plus sensation de constriction et dyspnée intense. Depuis trois mois siallorrhée avec parfois filets de sang. Amaigrissement de 7 kilos en 3 mois, malade très fatigué, ganglions sus-claviculaires douloureux. Leucoplasie buccale. Fumeur. A contracté la syphilis à 14 ans et n'a jamais été traité sérieusement.

La radiologie n'a pas montré d'obstacle.

Oesophagoscopie le 20 juillet 1932. Sur la bouche œsophagienne plaques de leucoplasie très étendues ; dès la bouche franchie, toute la lumière du tube est occupée par un gros bourgeon de consistance cartonnée et friable, saignant, que j'enlève en totalité à la pince. Au-dessous, plaques de leucoplasie très nettes. Je vérifie l'œsophage jusqu'au cardia et trouve encore deux plaques de leucoplasie à 37 et 39 cm. En retirant le tube je vérifie la paroi postérieure cervicale. L'ablation du volumineux bourgeon laisse une exulcération étendue de 23 à 19 cm. des arcades.

Biopsie : épi. malpighien à tendance spino cellulaire. Stroma en prolifération fibreuse.

Radium : procédé habituel. Enlevé au bout de 30 heures en raison de l'élévation de la température et de la gravité de l'état général.

Malade revu le 25 septembre 1932. N'a plus eu de crises de dysphagie paroxystique mais est gêné pour avaler les éléments solides. Etat général malgré tout meilleur qu'en juillet.

Œsophagoscopie. Au siège de la tumeur constatée deux mois auparavant : saillie de la paroi postérieure régulière et mobile sur les plans profonds, sans bourgeon ni ulcération. Biopsie à ce niveau. On pousse ensuite facilement le tube au-delà.

Examen. Le fragment examiné est revêtu par un épithélium malpighien hyperplasique, leucoplasique, mais parfaitement bien limité dans la profondeur et dépourvu d'images cellulaires typiques.

Nouvelle application de radium : 8 millicuries. Amélioration de la dysphagie.

Revu le 20 octobre 1932. L'amélioration de la dysphagie persiste mais l'état général commence à décliner.

OBSERVATION N° 23

M. G. J., 54 ans. Début il y a deux mois et demi : au cours d'un repas le malade rejette brusquement une bouchée de viande et en dépit de ses efforts ne peut poursuivre son repas. Ce phénomène se reproduit 4 jours de suite pendant lesquels le malade ne peut avaler que des liquides. Depuis il a eu quelques crises analogues dans l'intervalle desquelles s'est installée une dysphagie progressive : la viande et le

pain ne passent plus. Le malade doit mastiquer longuement tous les autres aliments. Les crises sont provoquées par les tentatives de déglutition de bouchées trop grosses et aussi par les émotions. Sensation d'arrêt indolore situé en arrière du sternum par le sujet. Pas de siallorhée. A maigri de 7 kilos. Pas de ganglion sus-claviculaire. La radiologie montre un arrêt de la bouillie avec poche sus-stricturale peu développée. La bouillie passe ensuite dans un défilé tortueux.

Cœsophagoscopie le 19 juillet 1932. Passage facile. À 32 cm. l'on voit deux petits bourgeons d'aspect nettement néoplasique à 11 et 2 heures. À 35 cm. on est en pleine tumeur, la lumière n'apparaît qu'après cocaïnisation à la partie toute antérieure. En somme cancer ulcéro-végétant.

Biopsie : l'examen histologique montre qu'on a ramené uniquement de la muqueuse. Le 28 cœsophagoscopie. Nouvelle biopsie : épi. spino-cellulaire. Pose d'une sonde radi-fère trois jours, 12 millicuries. Quitte l'hôpital quelques jours après. N'a pas donné de nouvelles.

• OBSERVATION N° 24

M. S. G... 46 ans, employé au chemin de fer du Nord.

Début il y a 8 mois par une vague sensation d'arrêt au cours du repas du soir : vomissement une heure et demie après ce repas. Depuis crises de dysphagie une à deux fois par semaine, de plus en plus rapprochées. Le malade restreint son alimentation. Siallorhée. Pas de ganglions. Amaigrissement de 20 kilos.

La radiologie a montré un transit œsophagien normal.

Oesophagoscopie le 16 juillet 1932. A 35 cm. tumeur pédiculée rouge, friable, saignante, implantée sur le bord droit de l'œsophage, aspect de néo-ulcéro-végétant, occupant le tiers de la lumière.

Biopsie : épi. cylindrique végétant et nécrotique, évoluant dans la profondeur avec structure atypique. L'origine de cet épi. se trouve dans les éléments glandulaires du cardia.

Radium, trois jours : 12 millicuries.

Reçu des nouvelles le 12 septembre 1932. La dysphagie a été améliorée ; il a pu manger du pain et de la viande bien mastiquée, mais depuis 15 jours cachexie à évolution rapide. Alité depuis 8 jours. On envisageait une issue fatale très proche.

OBSERVATION N° 25.

M. B. H..., 58 ans. Dysphagie apparue il y a 14 mois, brutalement : impression d'arrêt brusque d'une bouchée de pain avec douleur au creux épigastrique. Quelques instants après, rejet de cette bouchée. Evolution progressive depuis. En est réduit aux purées, pâtes, lait. Régurgitations fréquentes et relativement tardives : une demi-heure. Pas de siallorhée. Amaigrissement 17 kilos.

La radiologie n'a rien montré de précis.

Oesophagoscopie le 15 juillet 1932. Tumeur ulcéro-végétante à base largement infiltrée sur la paroi postérieure de l'œsophage, comble la moitié de la lumière, à 38 cm. des arcades.

Biopsie. Epi. malpighien du type muqueux, riche en mitoses et monstruosité, dépourvues de ponts d'union

inter-cellulaires et de formations cornées ou parakératosisques.

Radium trois jours : 12 millicuries.

Revu le 30 août 1932. La dysphagie est améliorée. N'a plus eu de régurgitations, a engraisé de 2 kilos.

OBSERVATION N° 26.

M. L. M..., 67 ans. Envoyé d'un autre hôpital pour contrôle œsophagoscopique. Malade à peu près complètement cachectique. Début il y a 13 mois. Insidieux. Evolution progressive. Actuellement seuls les liquides passent. Ganglions sus-claviculaires.

La radiologie montre une sténose nette.

Œsophagoscopie le 4 août 1932 (M. F. Fournié). A 28 cm., bourgeons durs non végétants sur la paroi gauche et antérieure. Lumière de l'œsophage déjetée vers deux heures.

Biopsie : épithélium normal.

Le 18, radium, trois jours, 12 millicuries.

Revient en septembre : a été amélioré jusqu'à ces derniers jours : il est à nouveau réduit aux liquides.

Œsophagoscopie : lésions peu modifiées.

Biopsie : épi. spino-cellulaire.

Décédé le 23 octobre 1932.

OBSERVATION N° 27.

Mme L. A., 58 ans. Malade d'un service de médecine. Début six mois auparavant insidieux. Dysphagie progressive dans l'ensemble mais d'évolution irrégulière. Réduite

actuellement aux demi-solides. Régurgitations. Siallorhée. Pas de ganglions. Amaigrissement modéré.

La radiologie montre un arrêt évident en arrière de la base de l'aorte.

Oesophagoscopie le 12 septembre 1932. Salive en grande abondance. Aspiration. Les parois œsophagiennes paraissent un peu épaissies. A 30 cm. tumeur muriforme de couleur rose pâle, blanc, très clair, implanté sur le bord gauche, largement pédiculée. Aspect typique de néo bourgeonnant.

Biopsie. Epi. malpighien à globes épidermiques cornées et parakératosiques, riche en mitoses et monstruosité. Ilôts de nécrose par places et images de carcinophagie. Stroma riche en polynucléaires neutrophiles : phénomènes de nécrose fibrinoïde.

La malade retournée en médecine après l'examen est sortie sur sa demande quelques jours après.

OBSERVATION N° 28

M. R. J... 77 ans, envoyé de médecine.

Dysphagie depuis six semaines. Sensation brutale d'arrêt pour la première fois à l'injection du petit déjeuner, suivie immédiatement de régurgitation. Sensation d'arrêt non douloureuse localisée en arrière de la partie moyenne du sternum avec irradiations douloureuses cervicales et impression d'étouffement. Depuis six jours dysphagie absolue : les liquides ne passent que péniblement. Siallorhée très abondante. Pas de ganglions. Amaigrissement 2 kilos.

Radiologie : altération de l'image derrière la base de l'aorte.

Oesophagoscopie 26 septembre 1932. Salive abondante : aspiration. A 27 cm. tumeur ulcéro-bourgeonnante occupant la face antérieure et débordant sur les bords, rouge rosée, avec points blanchâtres, aspect nécrotique.

Biopsie : épi. malpighien ulcéré à cellules polyédriques très atypiques avec kératinisation par places. Nombreuses mitoses et monstruosités. Stroma à peu près nul représenté par des fibres de la musculature envahie et effondrée.

En raison de cet aspect nous n'avons pas fait de radium. Le malade a reçu six injections intra-veineuses de chlorophile irradiée. Amélioration de la dysphagie.

Le 15 octobre 1932 oesophagoscopie : la tumeur est beaucoup plus profondément nécrosée en surface.

Le malade sort s'alimentant très facilement, le pain bien mastiqué peut passer.

OBSERVATION N° 29

M. B. J... 67 ans, cultivateur. Début il y a 4 mois, insidieux. Dysphagie légère, seule la viande ne peut passer. Dysphagie constante. Pas de paroxysme. Pas de douleurs véritables, mais une sensation pénible d'arrêt à la base du cou. Pas de siallorrhée. Pas de régurgitation. Amaigrissement 3 kilos. Alcoolisme avoué.

Oesophagoscopie le 3 octobre 1932. Dès la bouche franchie on tombe sur une masse volumineuse pédiculée détachée de la paroi gauche, grosse comme les deux dernières phalanges du petit doigt. Je sectionne à la pince cette masse près de son implantation.

Biopsie Epi. spino cellulaire.

Application d'une sonde radifère : elle est rejetée deux heures après dans une quinte de toux. Traitement par injections intra-veineuses de chlorophile irradiée. Le malade sort le 28 octobre 1932 s'alimentant normalement. Une œsophagoscopie de contrôle a montré un reliquat de tumeur moins saignant qu'au cours du premier examen. Un examen histologique n'a pas révélé de modification.

OBSERVATION N° 30.

M. L. L..., 66ans. Depuis plusieurs mois, dysphagie bizarre, paroxystique, surtout marquée pour la première bouchée d'un repas, s'accompagnant de régurgitations et dyspnée. Evolue par crise de deux à trois jours, survenant irrégulièrement. Rien dans l'intervalle. Les crises ont tendance à se rapprocher (une par semaine). Pas d'amaigrissement. Bon état général. Pas de siallorhée. Alcoolisme avoué.

La radiologie n'a pas montré d'obstacle.

Examen : A l'examen du larynx, sur chaque arythénoïde : un papillome gros comme un grain d'avoine (enlevé ; formation papillomateuse à l'examen histologique).

Œsophagoscopie : 20 février 1932. Salive abondante, aspiration. Paroi œsophagienne normale jusqu'à 29 cent. A ce niveau grosse masse ulcérée et bourgeonnante, occupant toute la face antérieure. Lumière très étroite et postérieure.

Biopsie. Epi. spino cellulaire à globes épidermiques superficiels. Réaction inflammatoire du chorion à type subaigu.

Radium, deux jours, 8 millicuries.

Revu le 10 mai : mange bien, plus de crises, mais douleurs dans l'épaule droite.

Le 14 juin 1932 les douleurs ont disparu, nouvelle application de radium, 8 millicuries.

Revu le 18 septembre 1932. Etat général décline, il mange de tout mais doit mastiquer longuement.

OBSERVATION N° 31.

M. M. A... 59 ans, cantonnier. Est envoyé par la consultation d'un service de médecine. La dysphagie s'est manifestée brutalement à l'occasion de l'ingestion d'une bouchée de viande il y a deux mois : cette bouchée n'a pu passer, a été rejetée au bout de quelques minutes. Depuis, dysphagie très modérée : seules les grosses bouchées d'aliments compacts ne passent pas. Sensation d'arrêt rétrosternal indolore. Pas de siallorrhée. Pas de ganglions. Pas d'amaigrissement. Très bon état général. Peut-être alcoolisme. Pas de syphilis avouée, mais leucoplasie buccale.

Oesophagoscopie le 24 octobre 1932. Bouche facile à franchir. A 19 cm. des arcades néo d'aspect sphacélique, très saignant, ulcéro-végétant à base infiltrée. Implanté sur la face postérieure et bord gauche. Lumière très large qui laisserait facilement passer le tube. Tumeur très friable.

Biopsie. Epi. malpighien spino-cellulaire à globes épidermiques cornées, creusé d'une profonde ulcération. Le stroma en profondeur est en réaction inflammatoire subaiguë.

CONCLUSIONS

1° Le rôle de la syphilis est capital dans l'étiologie du cancer de l'œsophage. J'apporte cinq cas nets et un sixième un peu moins évident où l'on saisit le passage de la leucoplasie au cancer ;

2° J'ai constaté deux fois des localisations cancéreuses multiples de l'œsophage, dont une d'évolution particulièrement intéressante ;

3° J'ai constaté trois cas d'épithéliomas cylindriques (dont un à localisations multiples) ;

4° La stroma-réaction des cancers œsophagiens est d'importance primordiale. L'atteinte de la musculuse par le cancer ou sa dissociation par l'œdème de réaction contre-indiquent formellement l'application locale du radium ;

5° Tous les malades observés présentaient de la dysphagie, maître-symptôme de cette affection, toujours négligée ou méconnue pendant trop longtemps ;

6° La douleur qui accompagne cette dysphagie a une valeur localisatrice certaine ;

7° L'examen radiologique de l'œsophage est délicat et doit être pratiqué avec soin. Il ne peut éviter un certain nombre d'erreurs ;

8° L'œsophagoscopie contrôlée elle-même par la biopsie permet seule un diagnostic indiscutable. C'est un examen simple et inoffensif si pratiqué avec prudence. On doit y avoir recours au moindre soupçon ;

9° Les cancéreux de l'œsophage m'ont paru mourir beaucoup plus de leur cancer que de faim ;

10° Le diagnostic est toujours posé trop tard, faute d'une œsophagoscopie précoce. Une éducation des médecins et du public est nécessaire ;

11° Je n'ai jamais eu à discuter les diagnostics classiques : ulcération d'autre nature, sténose inflammatoire tuberculeuse ou syphilitique, rétrécissement cicatriciel ;

Le spasme, qui siège soit à la bouche œsophagienne, soit plus souvent au cardia, ne prête guère à erreur ;

12° La gastrostomie, en dehors de quelques urgences, ne me paraît pas à conseiller. Dans les quelques cas observés elle n'a pas prolongé la survie ou ralenti l'évolution du cancer par « mise au repos de l'œsophage » ;

13^o Le radium a une action incontestable. Dans un cas j'ai observé la disparition complète d'une tumeur en un point. Le radium donne souvent des améliorations locales. Son maniement n'est pas encore bien réglé ;

Les malades sont toujours vus à un stade trop avancé de leur maladie.

Vu : le Président de la thèse,
BEZANÇON.

Vu : le Doyen,
BALTHAZARD.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

